PROGRAMME DE VACCINATION 2030



L'importance des questions de genre dans le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

Organisation mondiale de la Santé

unicef
pour chaque enfant

Gavi
L'Alliance du Vaccin

L'importance des questions de genre dans le programme pour la vaccination à l'horizon 2030
[Why gender matters: immunization agenda 2030]

ISBN 978-92-4-004436-4 (version électronique)
ISBN 978-92-4-004437-1 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2022

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html).

Citation suggérée. L'importance des questions de genre dans le programme pour la vaccination à l'horizon 2030 [Why gender matters: immunization agenda 2030]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir http://apps.who.int/bookorders. Pour soumettre une demande en vue d' un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir https://www.who.int/fr/about/policies/publishing-policies/copyright

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

CONTENU

Chapitre 5 : Voie à suivre – Engagement et responsabilité

Annexes

Remerciements

Le présent document a été rédigé dans le cadre d'une collaboration entre l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Alliance Gavi, en collaboration avec l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, la Banque mondiale la Fondation Bill & Melinda Gates, l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, et le Core Group et du Civil Society Human and Institutional Development Programme – Pakistan. Sini Ramo est l'auteure principale des premières versions du document.

Sigles et acronymes

BCG	bacillus Calmette–Guérin
CTC	chaîne à température contrôlée
DTP3	trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
PVH	papillomavirus humain
CPI	Comité permanent interorganisations
LGBTQI	lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queers et intersexes
SRAS	syndrome respiratoire aigu sévère
ODD	Objectifs de développement durable
AT	anatoxine tétanique
CSU	couverture sanitaire universelle
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNICEF ROSA	Bureau régional de l'Asie du Sud de l'UNICEF
ONU-Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
WASH	Eau, assainissement et hygiène
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Définitions

Terme	Définitions
Sexe	Le **sexe** est généralement assigné à la naissance et correspond aux caractéristiques biologiques qui définissent une personne de sexe féminin, de sexe masculin ou intersexe.
Genre	Le **genre** correspond aux rôles, aux normes et aux comportements qu'une société donnée considère comme souhaitables pour les individus en fonction du sexe qui leur a été assigné à la naissance. Le genre façonne également les relations entre les groupes de femmes et d'hommes et au sein de ces groupes.
L'identité de genre	L'**identité de genre** est le ressenti individuel intime de chaque personne quant à son genre qui peut correspondre ou non au sexe qui lui a été assigné à la naissance ou au genre qui lui est attribué par la société.
L'équité de genre	L'**équité de genre** est le processus consistant à se montrer juste envers les femmes comme envers les hommes. Ce concept tient compte du fait que les hommes et les femmes ont des besoins, des pouvoirs et un accès aux ressources différents. Il convient d'identifier ces différences et d'y remédier afin de corriger le déséquilibre. L'équité de genre mène à l'égalité.
L'égalité des genres	L'**égalité des genres** est l'absence de discrimination en fonction du sexe ou du genre d'une personne. Cela suppose d'offrir à tous et toutes les mêmes chances, notamment en matière d'accès et de contrôle des ressources sociales, économiques et politiques, et la même protection juridique (par exemple, en garantissant le droit aux services de santé et à l'éducation, ainsi que le droit de vote).
Les normes de genre	Les **normes de genre** correspondent aux croyances transmises par la socialisation concernant les femmes, les hommes, les garçons et les filles. Les normes de genre évoluent en fonction des époques et des contextes. Elles entraînent des inégalités si elles renforcent les mauvais traitements infligés à un groupe ou à un sexe par rapport à l'autre ou si elles conduisent à des différences en matière de pouvoir et de perspectives.
Les rapports de genre	Les **rapports de genre** sont les rapports sociaux entre les femmes, les hommes, les garçons et les filles qui sont déterminés par les normes et les rôles de genre. Les rapports de genre instaurent souvent une hiérarchie et des rapports de pouvoir inégaux entre les groupes d'hommes et de femmes, et au sein de ceux-ci, qui pénalisent un groupe par rapport à un autre.
Les rôles de genre	Les **rôles de genre** correspondent aux comportements que les hommes, les femmes, les garçons et les filles sont censés adopter (au sein du foyer, dans la communauté, au travail) dans une société donnée.
L'analyse des questions de genre	L'**analyse des questions de genre** permet de repérer et d'évaluer les différents besoins et obstacles, de guider les interventions adaptées, et de poser des questions essentielles pour mettre au jour les causes profondes des inégalités entre les genres.
L'intégration d'une perspective de genre	L'**intégration d'une perspective de genre** est le processus consistant à évaluer les incidences pour les femmes, les hommes, les filles et les garçons de toute action envisagée, notamment des lois, des politiques ou des programmes, à tous les niveaux. Il s'agit d'une stratégie visant à incorporer les préoccupations et les expériences des femmes et des filles aussi bien que celles des hommes et des garçons dans l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des politiques et des programmes de manière que les femmes, les hommes, les filles et les garçons bénéficient d'avantages égaux et que les inégalités ne puissent se perpétuer. *(1)*

Terme	Définitions
L'inter--sectionnalité	L'**intersectionnalité** est une perspective permettant de comprendre l'interaction complexe entre différents marqueurs sociaux qui pénalisent et oppressent différentes personnes en fonction de leurs caractéristiques et du contexte. Le genre croise l'âge, la race, l'ethnie, la classe, le statut socioéconomique, le handicap, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et la situation géographique pour modeler les inégalités sociales.
L'analyse intersectionnelle des questions de genre	L'**analyse intersectionnelle des questions de genre** permet d'identifier les interactions entre différentes catégories sociales et hiérarchies entraînant des inégalités en matière de santé et d'agir sur celles-ci.
Attentifs aux questions de genre	Les programmes **attentifs aux questions de genre** affichent une sensibilité aux rôles, aux normes et aux rapports de genre, mais ne luttent pas nécessairement contre les inégalités qu'ils produisent. Aucune mesure corrective n'est mise en œuvre.
Adaptés aux spécificités de genre	Dans les programmes et les politiques **adaptés aux spécificités de genre**, les normes, les rôles et les inégalités de genre sont pris en compte et des mesures sont adoptées pour agir activement sur ces facteurs. Ces programmes et politiques vont au-delà de la sensibilité aux questions de genre et comportent des mesures adaptées qui font évoluer les rapports de genre.
Axés spécifiquement sur un genre	Les programmes **axés spécifiquement sur un genre** s'adressent à un groupe particulier de femmes ou d'hommes dans un but précis, mais ne remettent pas en question les rôles et les normes de genre.
Faisant évoluer les rapports de genre	Les stratégies **faisant évoluer les rapports de genre** tentent de redéfinir et de modifier les rôles, les normes, les attitudes et les pratiques de genre existants. Ces interventions s'attaquent aux causes profondes des inégalités de genre et modifient les rapports de pouvoir inégaux.
Violence fondée sur le genre	La **violence fondée sur le genre** est une violence ciblant une personne en raison de son genre qui prend racine dans les inégalités de genre. La plupart de ces violences sont perpétrées par des hommes sur des femmes et des filles. Toutefois, les hommes peuvent également en être victimes. Par ailleurs, les personnes transgenres subissent des violences spécifiques fondées sur le genre. Les violences physiques, sexuelles, émotionnelles et économiques constituent des exemples de violence fondée sur le genre.
Aidant	Un **aidant** est une personne qui prend soin régulièrement ou par intermittence d'un nourrisson ou d'un enfant. Il peut s'agir par exemple d'une mère, d'un père, d'un grand-parent, d'un frère ou d'une sœur.
Autonomisation	Le terme « **autonomisation** » désigne le renforcement de la capacité des personnes à prendre des décisions ayant des répercussions sur tous les aspects de leur vie, et à mettre en œuvre ces décisions – notamment celles liées à la santé. Il s'agit de lutter de manière proactive contre les inégalités socioéconomiques et autres dans un contexte où les personnes n'avaient pas la possibilité de faire un choix auparavant. En raison des inégalités de genre, les interventions programmatiques mettent souvent l'accent sur l'autonomisation des femmes en particulier.
LGBTQI	**LGBTQI** : personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queers, intersexes et autres.

Objectif et public cible

L'égalité des genres constitue un droit fondamental de l'être humain et un puissant moteur pour améliorer les résultats sanitaires dans le monde entier. Les interventions de vaccination ne parviendront à augmenter la couverture vaccinale et à se développer que lorsque les rôles, les normes et les rapports de genre seront compris, analysés et systématiquement pris en compte dans la planification et la mise en œuvre des services de vaccination.

Le présent document explique pourquoi il est nécessaire d'intégrer une perspective de genre dans les principes fondamentaux et les priorités stratégiques du **Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (Vaccination 2030)**. Il a un double objectif :

(i) renforcer les connaissances concernant la manière dont les obstacles liés au genre nuisent aux performances des programmes de vaccination, et sensibiliser davantage à cette question; et

(ii) fournir des guides, des outils, des méthodes pratiques et des actions permettant d'intégrer efficacement une perspective de genre aux programmes de vaccination.

Le public cible est constitué de toutes les personnes qui accompagnent, gèrent et mettent en œuvre les programmes de vaccination – responsables et prestataires de service, mais aussi personnel des Ministères de la santé et d'autres ministères (par exemple, Ministères de l'éducation, de l'égalité femmes-hommes, des finances), membres de la société civile, personnel des organisations internationales et des partenaires donateurs, qui contribuent à donner vie à l'ambition de Vaccination 2030 : *un monde dans lequel chaque individu, quel que soit son âge, bénéficie pleinement des vaccins pour sa santé et son bien-être.*

RÉSUMÉ



Le genre est un terme relationnel utilisé pour décrire les différences socialement déterminées entre les femmes et les hommes, ainsi que les filles et les garçons en termes de rôles, d'attitudes, de comportements et de valeurs, telles qu'elles sont perçues dans une société donnée. Le sexe correspond à une différence biologique.

Le terme «genre» n'est PAS synonyme de «femmes» ou de «filles» et ne signifie PAS uniquement le fait de mener une action ou d'agir pour le seul bénéfice des femmes et des filles.



Les femmes, les hommes, les filles et les garçons doivent tous être impliqués pour faire progresser l'égalité des genres et transformer la société.



Toutes les femmes et les filles sont différentes, car les inégalités, les besoins et les obstacles diffèrent selon la caste, l'ethnie, l'âge, le lieu de résidence, le quintile de richesse, le niveau d'alphabétisation, la situation familiale, les besoins spéciaux (tels que le handicap) et le fait vivre dans une zone de conflit.





L'intégration du genre consiste à prendre en compte les questions de genre dans toutes les sections, tous les secteurs et tous les niveaux et ce dans le cadre de toute action envisagée, notamment dans la législation, les politiques et les programmes.

L'intégration du genre doit prendre en compte les besoins de toutes les femmes et de tous les hommes, des filles et des garçons, sur un pied d'égalité.



Source : Gender toolkit: integrating gender in programming for every child in South Asia. UNICEF ROSA (2018).

CHAPITRE 1

Chapitre 1 :
En quoi la dimension de genre est-elle importante pour la vaccination ?

Les études réalisées dans le monde n'ont pas mis au jour de différence majeure entre les sexes en matière de couverture vaccinale: la probabilité de vaccination est la même pour les filles et les garçons dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. Il existe quelques exceptions au niveau infranational dans des groupes marginalisés sur le plan socioéconomique et géographique – dans certains cas, ce sont les garçons qui sont davantage vaccinés, dans d'autres, ce sont les filles. *(2)* Toutefois, lorsque l'on se penche sur les questions de genre dans les programmes de vaccination, il ne s'agit pas uniquement de s'intéresser aux différences de couverture vaccinale entre les filles et les garçons. Les rôles, les normes et les rapports de genre agissent de plusieurs façons sur différents facteurs : qui tombe malade, qui a accès aux ressources, qui les contrôle, qui est écouté, et qui voit ses besoins satisfaits en matière de santé, notamment concernant la vaccination.

Le genre affecte la vaccination à la fois sur le plan de la demande (recours aux soins) et de l'offre de services de santé. Pour augmenter la couverture vaccinale, et en particulier pour toucher de manière pérenne les enfants « zéro dose » et les communautés oubliées, il est indispensable de connaître et d'examiner les multiples façons dont le genre interagit avec d'autres facteurs socioéconomiques, géographiques et culturels pour influencer l'accès et le recours aux vaccins ainsi que leur administration. Ces facteurs sont les suivants : âge, race/ethnie, religion, situation matrimoniale, éducation, quintile de richesse, orientation sexuelle et identité de genre, statut VIH, handicap et statut migratoire. La figure 1 présente quelques exemples des obstacles liés au genre les plus fréquents dans l'accès à la vaccination. Ces obstacles sont analysés en détail au chapitre 3.

Il a été démontré que la vaccination constituait l'un des meilleurs investissements possibles pour les pouvoirs publics. Le retour sur investissement de la vaccination est plus élevé que ceux des projets d'éducation et d'infrastructure additionnés. *(3)* Selon les estimations, si l'on tient compte des économies en matière de soins, des pertes de salaire et de productivité dues à une maladie, chaque dollar investi rapporte 26 dollars. *(4)* En outre, il a été prouvé que les investissements en faveur de la santé des femmes conduisaient à une croissance économique plus importante. *(5)* En associant les initiatives axées sur le genre à la vaccination, nous optimisons notre retour sur investissement pour les vaccins.

REMARQUE IMPORTANTE

Le présent document traite essentiellement des inégalités de genre qui existent entre les hommes et les femmes. Il est également important de lutter contre les obstacles à la vaccination auxquels sont confrontées les personnes au genre fluide/non conformes à un genre. Bien que ces obstacles ne soient pas spécifiquement examinés dans ce document, de nombreux principes et outils peuvent être adaptés à ces groupes.

Figure 1. Fréquents obstacles liés au genre dans l'accès à la vaccination

DEMANDE (RECOURS AUX SOINS)

- Dans certains contextes, les besoins de santé des garçons sont prioritaires par rapport à ceux des filles en raison de la préférence pour les fils.
- Dans certaines régions, les femmes ne sont pas autorisées à voyager seules du fait des normes socioculturelles/de genre ou pour des raisons de sécurité.
- La stigmatisation liée à la vaccination anti-PVH ainsi que les informations limitées sur la santé et les droits sexuels et reproductifs peuvent entraver l'accès des filles aux services.
- Les femmes sont considérées comme les principaux aidants des enfants, toutefois, elles ne sont pas toujours en mesure de contrôler les ressources du ménage nécessaires qui leur permettraient d'utiliser les services de santé pour leurs enfants ou pour elles-mêmes.
- Les rôles de genre qui privent les femmes de leur autonomie et la charge excessive que représentent leurs travaux ménagers peuvent conduire à un choix à faire entre les soins de santé des enfants et la nécessité d'accomplir les tâches du ménage.
- Le faible niveau d' éducation et d'alphabétisation des femmes ainsi que le manque d'accès aux informations sanitaires contribuent à les démotiver à faire vacciner leur enfant.

OFFRE (PRESTATION DE SERVICES)

- Les politiques et les stratégies publiques ne tiennent pas compte des inégalités de genre dans la planification et la mise en œuvre de la vaccination.
- Les communautés peuvent imposer des normes de genre traditionnelles, lesquelles empêchent les femmes et les filles de participer pleinement aux services de santé.
- Les établissements de santé privilégient la présence des femmes (mères) et ne sont pas favorables aux pères ou aux autres membres hommes de la famille.
- Dans certains contextes, seules les vaccinatrices peuvent avoir accès aux foyers pour interagir avec les mères et administrer les vaccins aux enfants.
- Les prestataires femmes et les vaccinatrices peuvent être confrontées à des discriminations fondées sur le genre et à des menaces dans le cadre de leur travail, ce qui entraîne un taux de rotation élevé et une offre limitée de services de santé.
- La mauvaise qualité des services peut décourager les femmes de s'y rendre.

Source : Adapté du document Immunization and gender : a practical guide to integrate a gender lens. UNICEF ROSA (2019)

Les obstacles liés au genre et les inégalités de genre peuvent entraver la vaccination des individus, hommes et femmes. Ils sont présents à plusieurs niveaux : à l'échelon de l'individu, du ménage, de la communauté et du système de santé. Des rapports de pouvoir sous-tendent ces problématiques de genre, ce qui entraîne des différences en termes de perspectives, de limites, de difficultés, de besoins et de vulnérabilité, en particulier pour les femmes et les filles. L'objectif de l'égalité des genres n'est pas de faire en sorte que les femmes et les hommes ou les filles et les garçons deviennent semblables, mais de garantir que toutes et tous bénéficient des mêmes chances et des mêmes possibilités pour accéder aux services de vaccination.

En appliquant les connaissances sur le genre et en prenant des mesures pour concevoir des interventions adaptées aux spécificités de genre, il est possible de mettre en œuvre des programmes de vaccination plus efficaces et d'augmenter la couverture vaccinale pour tous.

La cadre de la figure 2 présente sous une autre forme la démarche permettant de concrétiser cette vision (partagée par Vaccination 2030). Ce cadre examine les obstacles liés au genre et les stratégies à mettre en œuvre à différents niveaux socioécologiques (ménage, communauté, établissement de santé, législation et politiques).

Figure 2. Cadre reprenant les obstacles liés au genre et les stratégies permettant d'atteindre les objectifs de Vaccination 2030

Objectif	Filles et garçons entièrement vaccinés			
	Ménage	**Communauté**	**Établissement de santé**	**Lois et politiques**
Résultats	• Les femmes et les filles ont librement accès aux services de santé et de vaccination • Les femmes obtiennent des ressources et augmentent leur pouvoir de décision • Les femmes ont une plus grande capacité à négocier les soins de santé • Participation accrue des hommes	• La communauté accorde la priorité aux besoins des mères et des enfants • Les femmes et les filles peuvent accéder facilement aux services de santé • Augmentation de la participation et de la voix des femmes au sein des organes décisionnels	Les services de santé sont : • accessibles à tous • de haute qualité et adaptés aux besoins • efficaces et compétents • fondés sur les besoins et fiables • non-discriminatoires • favorisent l'équité de genre	• Les politiques de santé et les lois tenant compte des questions de genre protègent les droits des femmes et des filles • Accroître la participation des hommes en tant que pères et aidants
Intrants	Promouvoir l'égalité des genres par la communication sur le changement social et comportemental • Activités génératrices de revenus pour les femmes en fonction du contexte • Compétences de la vie courante, programmes d'alphabétisation • Cours sur la parentalité en vue de promouvoir une paternité positive	• Sensibiliser la communauté à la valeur de la vaccination • Augmenter les services de proximité communautaires • Renforcer les groupes de soins destinés aux mères et aux pères • Accroître le pouvoir de décision des femmes dans le secteur public	• Formation sur le genre et lignes directrices à l'intention des prestataires de santé • Mesures incitatives, compétences et protection (orientation-recours) pour les prestataires femmes • Promouvoir l'équité de genre dans la gouvernance clinique et l'allocation des ressources en fonction des besoins des femmes et des hommes	• Intégrer une perspective de genre et s'attaquer aux obstacles spécifiques auxquels sont confrontées les femmes et des filles dans les plans d'action nationaux et les formations en matière de santé • Élaborer des lignes directrices et des outils de prestation de services tenant compte des questions de genre
Causes structurelles	• Les femmes ne disposent ni du pouvoir de décision ni de ressources leur permettant d'avoir accès aux services de santé et à y recourir • Faible niveau d'alphabétisation des femmes • Rôles et normes de genre : les mères sont les principales responsables des soins - temps, pauvreté, faible valeur des filles. • Manque de participation des hommes aux soins	• Manque de voix des femmes • Normes sociales et de genre : les femmes doivent rester à la maison et s'occuper des soins • Mobilité limitée des femmes • Manque de mesures de soutien dans la communauté pour accéder aux services de santé	• Attitudes démontrant une insensibilité au genre de la part des personnels de santé et fourniture de services ne répondant pas aux besoins • Manque de femmes comme prestataires de soins de santé • Les établissements de santé visent à atteindre uniquement les femmes et non les hommes • Le personnel de santé féminin est confronté à des menaces au sein des communautés	• Manque de lois, de politiques, de données et de formation sur les questions de genre dans le secteur de la santé. • Manque de responsabilisation • Manque d'orientation sur la participation des hommes à l'éducation des enfants et aux soins de santé

[Source : Adapted from Immunization and gender: a practical guide to integrate a gender lens. UNICEF ROSA (2019)]

Encadré 1 Au-delà de la vaccination : le saviez-vous ?

Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles constitue un des objectifs de développement durable (ODD) – il s'agit de l'objectif 5. C'est également un moteur pour avancer vers la réalisation de tous les autres objectifs, notamment l'ODD 3 qui concerne la santé et le bien-être. L'adoption d'une perspective de genre pour augmenter la couverture vaccinale contribue en particulier aux ODD 5 et 3.

Pour en savoir plus sur les ODD et le genre :

- **Nations Unies : parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles**
  https://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality
- **UN Women, Progress on the Sustainable Development Goals : The gender snapshot 2021** (en anglais)
  https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2019/09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2019
- **Equal Measures 2030, Gender Advocates Data Hub** (en anglais)
  https://www.equalmeasures2030.org/data-hub

5 ÉGALITÉ DES SEXES

ODD 5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

Cible 5.1 Mettre fin, dans le monde entier, à toutes les formes de **discrimination** à l'égard des femmes et des filles.	**Cible 5.2** Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de **violence** faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation.	**Cible 5.3** Éliminer toutes les **pratiques préjudiciables**, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine.
Cible 5.4 **Faire une place aux soins et travaux domestiques non rémunérés et les valoriser**, par l'apport de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale et par la promotion du partage des responsabilités dans le ménage et la famille, en fonction du contexte national.	**Cible 5.5** Garantir la participation entière et effective des femmes et leur accès en toute égalité aux **fonctions de direction** à tous les niveaux de **décision**, dans la vie politique, économique et publique.	**Cible 5.6** Assurer l'accès de tous **aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation**, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finaux des conférences d'examen qui ont suivi.
Cible 5.7 Entreprendre des réformes visant à donner aux femmes les **mêmes droits aux ressources économiques**, ainsi que l'accès à la propriété et au contrôle des terres et d'autres formes de propriété, aux services financiers, à l'héritage et aux ressources naturelles, dans le respect de la législation interne.	**Cible 5.8** Renforcer l'utilisation des **technologies clefs**, en particulier l'informatique et les communications, pour promouvoir l'autonomisation des femmes.	**Cible 5.9** Adopter des **politiques bien conçues et des dispositions législatives applicables** en faveur de la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation de toutes les femmes et de toutes les filles à tous les niveaux et renforcer celles qui existent.

En quoi consiste l'intégration d'une perspective de genre dans les programmes de vaccination ?

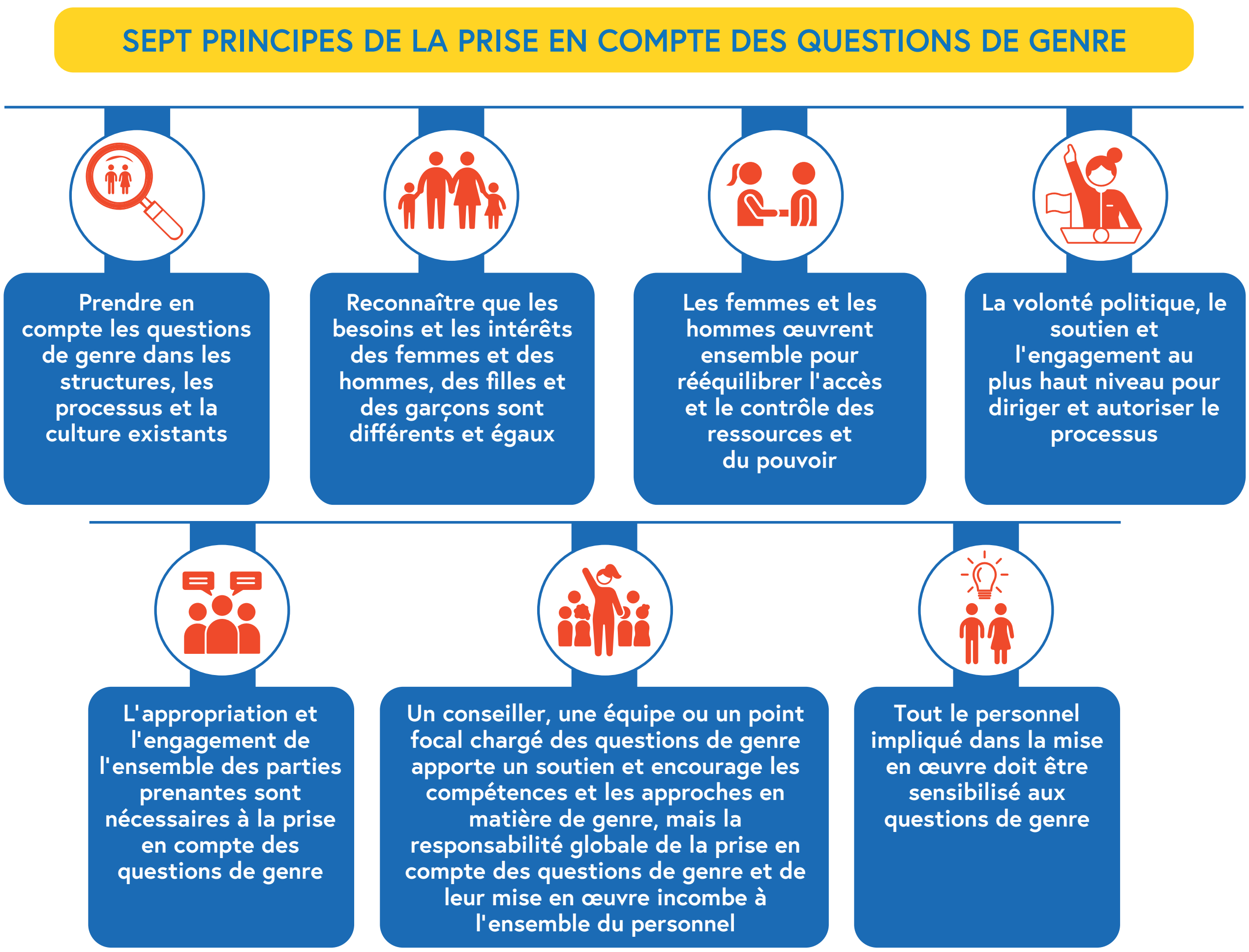
L'intégration d'une perspective de genre est un processus et une stratégie permettant d'atteindre l'égalité des genres. Cela suppose d'évaluer les conséquences pour les femmes et les hommes d'une intervention prévue – – législation, politiques, programmes – dans tous les domaines et à tous les niveaux. Sur le plan stratégique, il s'agit d'**intégrer les préoccupations et les expériences des femmes et des hommes** à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques, budgets et programmes de vaccination dans le but de promouvoir l'égalité et de ne pas perpétuer les inégalités.

L'intégration d'une perspective de genre a lieu à trois niveaux – i) au niveau politique, ii) au niveau institutionnel/organisationnel et iii) au niveau des programmes/projets – et s'appuie sur sept principes (voir encadré).

La prise en compte des questions de genre n'est PAS l'objectif en soi, mais plutôt un PROCESSUS ou une STRATÉGIE visant à atteindre l'objectif de l'égalité des genres.

La prise en compte des questions de genre ne se limite pas à la compréhension des différents besoins des femmes, des hommes, des filles et des garçons. Il s'agit également de comprendre comment les différents rôles et attentes au sein d'une société dictent ce que signifie être un homme ou une femme et, par conséquent, comment cela détermine le contexte et la situation dans laquelle la programmation est menée. La prise en compte des questions de genre consiste à appliquer les connaissances en matière de genre pour mettre en œuvre des programmes plus efficaces et saisir les occasions de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons.

Figure 3. Les sept principes de l'intégration d'une perspective de genre



[Source : Gender toolkit: integrating gender in programming for every child in South Asia. UNICEF ROSA (2018).]

Qu'est-ce que l'analyse des questions de genre ?

L'analyse des questions de genre constitue le **point de départ du processus d'intégration d'une perspective de genre**. Le terme désigne les méthodes de collecte et d'analyse des données quantitatives (chiffres, pourcentages, proportions, ratios) et qualitatives (préférences, croyances, attitudes, comportements, valeurs, etc.) sous l'angle du genre.

Il s'agit d'une méthodologie systématique permettant d'étudier les différences de rôles et de normes entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons, les différents niveaux de pouvoir qu'ils détiennent, leurs différents besoins, les contraintes et les possibilités, ainsi que les répercussions de ces différences dans leur vie. Une analyse efficace des questions de genre tient également compte d'autres facteurs tels que l'âge, l'ethnie, la race, le handicap, l'identité de genre, la situation géographique et le contexte socioéconomique.

Un exemple de grille d'analyse des questions de genre figure à l'annexe 1. Vous trouverez d'autres informations sur la réalisation d'une analyse des questions de genre dans la section « Ressources utiles » du présent chapitre.

Une analyse des questions de genre comporte **trois composantes fondamentales :**



Données et informations ventilées par sexe et par genre (quantitatives et qualitatives)

\+



Analyse (que signifient les informations ?)

\+

Perspectives de genre (analyser les différences entre lei femmes et les hommes, les filles et les garçons)

N'oubliez pas que l'« analyse » peut avoir lieu à différents niveaux. Il peut s'agir d'une analyse effectuée derrière un bureau lors de la planification d'un programme ou d'un projet, ou d'une recherche et d'une analyse approfondies susceptibles d'être déléguées à des partenaires et à des communautés.

Source : Gender toolkit: integrating gender in programming for every child in South Asia. UNICEF ROSA (2018).]

Pourquoi réaliser une analyse des questions de genre ?

L'analyse des questions de genre est utile pour faire apparaître la nature et l'ampleur des inégalités de genre et de la discrimination qui touche les femmes, les filles, les hommes et les garçons. Concrètement, l'analyse des questions de genre permet :

- d'éviter les suppositions quant à la vie des femmes et des hommes, des garçons et des filles;
- de comprendre pourquoi il existe des différences selon le genre entre tous les groupes dans une population;
- de mesurer à quel point le contexte culturel, économique et juridique pénalise les femmes et les filles (les hommes et les garçons) tout au long de leur vie, et de comprendre les liens entre les inégalités à différents niveaux de la société;
- de déterminer de quelle manière ces différences peuvent empêcher les femmes et les filles ainsi que les hommes et les garçons de participer à un programme/un projet ou d'en bénéficier;
- de recommander des mesures spécifiques pour répondre aux besoins des femmes, des hommes, des filles et des garçons de manière équitable; et
- de suivre et d'évaluer les progrès accomplis quant à la réduction des différences entre femmes et hommes, et entre filles et garçons pour accéder aux interventions et en bénéficier, et quant à la réduction des discriminations fondées sur le genre.

Types de questions à poser pour une analyse des questions de genre dans un programme de vaccination :

- ☐ Comment les femmes et les hommes obtiennent-ils des informations sur les vaccins essentiels, et quels sont leurs canaux/méthodes/plateformes/sources de confiance ? En quoi ces sources sont-elles différentes pour les femmes et les hommes, mais aussi pour les femmes et les hommes de zones urbaines/rurales, d'ethnies et d'âges différents, et pour les personnes handicapées ?
- ☐ Au sein du ménage, qui prend les décisions concernant la vaccination des enfants ? À quelle génération appartiennent ces personnes ? De quelles ressources les femmes et les hommes ont-ils besoin pour assurer la vaccination de leur enfant (par exemple, information, argent, temps, transport) ? Qui a accès à ces ressources ? Qui les contrôle ?
- ☐ Dans certains quartiers ou certaines communautés, qui peut accéder aux logements pour vacciner les enfants lorsque des campagnes porte-à-porte sont mises en œuvre ? Existe-t-il des endroits où seules les femmes agentes de santé ou bénévoles ont le droit d'entrer dans les logements ? Pour les agents de première ligne tels que les personnes chargées de la mobilisation sociale et de l'administration des vaccins, quelles sont les conséquences de l'accès (ou non) aux logements sur la planification ?
- ☐ Les femmes participent-elles de manière égalitaire et importante à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes de vaccination à différents niveaux ? Comment ? Quelles actions permettraient d'augmenter leur participation ?
- ☐ Quels obstacles empêchent les femmes et les hommes d'accéder aux centres de santé pour bénéficier des services de vaccination (par exemple, obstacles liés à la qualité, à la sécurité, à la disponibilité, à l'accès et à l'espace dans les salles d'attente) ? Comment lutter le plus efficacement possible contre ces obstacles ?
- ☐ Quels obstacles liés aux normes socioculturelles et aux normes de genre ou encore aux lois/politiques peuvent nuire à la couverture vaccinale ou, par exemple, à l'efficacité des transports et des équipes mobiles pour toucher les personnes en situation de déplacement ?
- ☐ Comment les agents de santé sont-ils recrutés, formés et appuyés/supervisés ? Quelles sont leurs possibilités d'évolution professionnelle et bénéficient-ils d'une rémunération égale? Existe-t-il des problèmes autour de la sécurité, de la charge de travail ou de la flexibilité des horaires de travail des agents ? Les agents de santé sont-ils formés aux questions de genre ?
- ☐ Des femmes et des hommes de milieux différents ont-ils été consultés et ont-ils participé à la conception, au suivi et à l'évaluation des services de vaccination ? Si c'est le cas, de quelle manière ?

Ressources utiles :

Pour en savoir plus sur la réalisation d'une analyse des questions de genre, consultez les ressources suivantes (disponibles qu'en anglais) :

Immunization and gender: a practical guide to integrate a gender lens into immunization programmes (UNICEF Regional Office for South Asia [ROSA] 2019)
https://www.gavi.org/sites/default/files/document/programmatic-policies/UNICEF-ROSA-Practical-Guidance-on-Immunization-and-Gender-2019.pdf

Gender mainstreaming for health managers: a practical approach: the WHO Gender Analysis Matrix [included in Annex 1] (WHO 2011)
https://www.who.int/publications/i/item/9789241501057

Taking sex and gender into account in emerging infectious disease programmes: an analytical framework (WHO Western Pacific Region 2011)
https://apps.who.int/iris/handle/10665/207693

CHAPITRE 2

Chapitre 2 :
Vaccination 2030 et genre

Le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 établit une vision et une stratégie mondiales ambitieuses pour les vaccins et la vaccination durant la décennie 2021–2030. Il considère la vaccination comme un contributeur clé au droit fondamental de chacun à la possession du meilleur état de santé physique et mental qu'il est capable d'atteindre. **La vaccination est un catalyseur qui crée un monde plus sain, plus sûr et plus prospère pour les femmes, les filles, les garçons et les hommes où qu'ils vivent**. L'objectif du Programme est de veiller à ne laisser personne de côté, quelle que soit sa situation ou l'étape de sa vie.

Figure 4. Genre et priorités stratégiques de Vaccination 2030



Vaccination 2030 s'engage **à lutter contre les obstacles liés au genre dans l'accès à la vaccination et à faire progresser l'égalité des genres** afin de concrétiser sa vision pour la décennie : un monde dans lequel chaque individu, où qu'il se trouve, quel que soit son âge, bénéficie pleinement des vaccins pour sa santé et son bien-être. Le genre constitue un facteur transversal important pour les sept priorités stratégiques de Vaccination 2030. La Figure 4 présente des exemples clés.

La priorité stratégique « Couverture et équité » fait apparaître le genre comme un domaine d'intervention essentiel. L'ambition globale de cette priorité stratégique est de faire en sorte que chaque personne ait accès à des vaccins sûrs et efficaces, où qu'elle se trouve, quels que soient son âge et son statut socioéconomique, et quels que soient les obstacles auxquels elle est confrontée, qu'ils soient liés au genre ou non. Le développement des connaissances relatives au rôle du genre dans l'accès aux services de vaccination et la mise en œuvre d'approches adaptées aux spécificités de genre constituent une stratégie à fort impact pour toucher les populations mal desservies.

Encadré 2 Genre et CSU

La couverture sanitaire universelle (CSU) signifie que chacun peut avoir recours aux services de santé dont il a besoin, où et quand il en a besoin, sans être exposé à des difficultés financières. Cela concerne l'ensemble des services de santé essentiels qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, des traitements, de la réadaptation et des soins palliatifs.

Pour avancer vers la réalisation des ODD et mettre en place la CSU, il est nécessaire de lutter contre les obstacles liés au genre et de répondre aux besoins spécifiques des femmes et des hommes en matière de services de santé, de faire progresser l'égalité des genres, et d'augmenter la participation active des femmes à la conception et à la prestation des services de santé. La majorité des personnes pauvres dans le monde sont des femmes. De plus, celles-ci reçoivent et fournissent des services de santé, c'est pourquoi elles seront les principales bénéficiaires de la CSU.

La lutte contre les obstacles existants et l'élargissement de la couverture sanitaire aux femmes et aux filles, où qu'elles se trouvent, permettront de faire de la CSU une réalité. Les femmes représentent les deux tiers du personnel de santé. Elles apportent donc une contribution essentielle aux services de santé et de vaccination dans le monde entier. Les femmes sont indispensables à la réalisation de la CSU. Elles doivent être reconnues comme des moteurs du changement à part entière et participer à la prise de décisions à tous les niveaux du système de santé dans le monde.

Le genre et l'équité sont au cœur de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des soins de santé primaires.

Pour en savoir plus sur la CSU et le genre (disponibles qu'en anglais) :

- ***Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. (WHO 2020)***
  https://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report.pdf
  [voir pages 57 à 84, chapitre 3 : Breaking barriers: Towards more gender-responsive and equitable health systems (Combattre les obstacles : vers des systèmes de santé mieux adaptés aux spécificités de genre et plus équitables)]

- **WHO Universal Health Coverage Web page (WHO)**
  https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

- **Call to Action: Universal Health Coverage** [23 septembre 2019. Women in Global Health (WGH)]
  https://www.womeningh.org/uhc-gender

Vaccination 2030 vise à comprendre et à combattre tous les obstacles directs et indirects à l'accès aux services de vaccination qui sont liés au genre et aux inégalités de genre (ils sont décrits dans la section suivante sur les principes fondamentaux). Il s'agit de lutter contre les obstacles côté demande (par exemple, accès aux informations sanitaires, ressources, prise de décisions et expérience de la population quant aux services de santé) mais aussi côté offre (par exemple, politiques publiques, recrutement, rémunération et promotion du personnel de santé, qualité des services et attitudes des agents de santé). Il est possible de recenser et de combattre ces obstacles grâce à l'adoption de stratégies adaptées aux spécificités de genre (voir chapitre 4) qui tiennent compte des différents besoins, des expériences et des vulnérabilités des femmes, des hommes, des filles et des garçons, par exemple en mettant en œuvre des mesures qui font évoluer les rapports de genre et qui déconstruisent les normes et les rôles de genre néfastes, autonomisent les femmes et les filles et font progresser l'égalité de genre.

Vaccination 2030 : principes fondamentaux

Les sept priorités stratégiques de Vaccination 2030 sont liées à quatre principes fondamentaux (voir encadré). Examinés dans une perspective de genre, ces principes sont ancrés dans la valeur fondamentale de l'égalité des genres et fournissent des orientations pour traduire la stratégie Vaccination 2030 en mesures concrètes.

PRINCIPES FONDAMENTAUX DE VACCINATION 2030 ET GENRE

Axé sur les personnes

Répondre aux différents besoins des femmes, des hommes, des filles et des garçons



La conception, la gestion et la prestation de services de vaccination doivent s'articuler autour des besoins, des expériences, des préférences et des vulnérabilités des femmes, des hommes, des filles et des garçons de différents milieux, et doivent être attentives à ces besoins. La conception des programmes doit être pilotée par les communautés ciblées et doit leur accorder une place (par exemple, communautés marginalisées ou oubliées comptant beaucoup d' enfants « zéro dose »). Il convient de privilégier les stratégies communautaires aux solutions nationales ou régionales « toutes faites ». Lorsque les programmes ciblent les femmes, celles-ci doivent diriger leur conception.

« Ne pas nuire » doit constituer un principe central de la programmation afin d'éviter les effets négatifs ou le renforcement des normes et des rôles de genre néfastes qui contribuent à la marginalisation, au harcèlement sexuel, à l'exploitation et aux autres formes de violence fondée sur le genre.

Appropriation par les pays

Stimuler les progrès grâce à l'engagement des pays envers l'égalité des genres



L'adhésion et la responsabilisation des pays doivent être encouragées à tous les niveaux afin que les États mesurent le potentiel et l'importance de la lutte contre les obstacles liés au genre pour l'accès et le recours aux soins de santé, et afin de garantir qu'ils disposent des ressources nécessaires pour repérer et combattre les barrières liées au genre et les autres facteurs sociaux restrictifs dans les services de santé.

Pour cela, il est essentiel d'établir un lien avec les processus et les engagements liés au genre pertinents, notamment les ODD (en particulier l'ODD 5) au niveau national. Collaborez avec les comités nationaux chargés de piloter les résultats et de suivre les progrès vers la réalisation des ODD ainsi que d'autres engagements nationaux et internationaux relatifs à l'égalité des genres. L'égale participation des femmes au sein des groupes consultatifs et organismes nationaux chargés de la vaccination doit être encouragée.

Fondé sur des partenariats

Stimuler les progrès grâce à l'engagement des pays envers l'égalité des genres



Les partenaires de la vaccination, notamment les Ministères de la santé, doivent harmoniser et coordonner leurs interventions afin d'augmenter leur efficacité, de s'appuyer sur leur complémentarité et de mobiliser d'autres secteurs que celui de la santé. Cela apportera des bénéfices mutuels pour repérer et combattre les obstacles liés au genre dans l'accès à la vaccination et pour augmenter la participation active des femmes à tous les niveaux du système de santé.

Les communautés locales et la société civile, en particulier les groupes et organisations dirigés par les femmes et les adolescentes, doivent participer à la planification, à la mise en œuvre et à la supervision des interventions de vaccination afin de renforcer la responsabilisation et de pérenniser l'impact de ces interventions. Les autres partenaires essentiels sont les ministères nationaux chargés des questions de genre/du droit des femmes, les entités responsables des questions de genre au sein des Ministères de la santé, et les partenaires internationaux tels que ONU-Femmes, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et d'autres institutions des Nations Unies dotées d' unités examinant les questions de genre.

Orienté par les données

Encourager la prise de décisions fondées sur des données probantes et guidées par des données ventilées par sexe et par une analyse des questions de genre



Des données liées au genre de qualité, adaptées, ventilées et analysées par sexe, par âge et en fonction d'autres facteurs tels que l'ethnie, le handicap et la situation géographique, doivent être utilisées pour suivre les progrès, repérer les lacunes et les difficultés, améliorer les performances des programmes et former le socle de la programmation et de la prise de décisions à tous les niveaux. Il faut notamment s'efforcer de produire des données probantes grâce à des études qualitatives et des enquêtes comportementales.



Ressources utiles :

- **Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté**
  https://www.who.int/fr/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind
- **SP3 Coverage and Equity** (en anglais)
  https://www.immunizationagenda2030.org/strategic-priorities/coverage-equity





CHAPITRE 3

Chapitre 3 :
Comprendre les obstacles liés au genre dans l'accès à la vaccination

Cette section présente différents aspects sous lesquels le genre façonne la demande et l'offre de services de vaccination. Pour concevoir des interventions efficaces permettant d'augmenter la couverture vaccinale, il est indispensable de bien comprendre ces obstacles, la manière dont ils interagissent avec d'autres freins en raison de facteurs sociaux supplémentaires (par exemple, statut socioéconomique, handicap ou fracture entre zones urbaines et rurales) et les niveaux auxquels ils interviennent.

Obstacle 1 – Services de mauvaise qualité et attitudes négatives des prestataires de santé

Les facteurs liés à **la qualité**, **à l'acceptabilité** et **à l'accessibilité** des services de santé peuvent décourager les femmes et les hommes d'avoir recours aux services de vaccination pour eux-mêmes ou leurs enfants. Ces facteurs sont par exemple les suivants :

Mauvaises conditions de travail et absence d'encadrement bienveillant : il est fréquent que les agents de santé soient mal rémunérés, ne disposent pas des équipements/transports adéquats et ne bénéficient pas d'un encadrement adapté. Le personnel est alors accablé de travail et démoralisé, et rencontre donc des difficultés à fournir des services de qualité. Ce facteur est examiné en détail au chapitre 4.

Dans de nombreux pays, les **attitudes condescendantes et irrespectueuses** semblent très fréquentes sur les lieux de vaccination. Lorsque les femmes sont confrontées à des comportements désagréables de la part des prestataires de santé, elles n'ont plus envie de revenir, ce qui entraîne des occasions manquées de vaccination. Dans de nombreux contextes, il est inhabituel que les hommes accompagnent leurs enfants lors de la vaccination. Ils peuvent ainsi subir des moqueries, ce qui les dissuade de revenir, et conduit à d'autres occasions manquées.

Absence de personnel féminin : Dans les zones où les normes et les pratiques socioculturelles et/ou religieuses limitent la mobilité des femmes mais aussi les contacts sociaux et physiques entre hommes et femmes, ces dernières n'auront peut-être pas recours aux soins pour elles-mêmes ou pour leurs enfants si elles n'ont pas accès à une agente de santé. En Afghanistan, par exemple, des femmes ont refusé l'administration par des hommes du vaccin à l'anatoxine tétanique (AT) d'importance vitale. Des hommes et des femmes ont déclaré que l'absence de salles d'attente distinctes dissuadait les femmes de se rendre dans les établissements de santé. *(6)*

Dans le cas des **handicaps** (physiques et cognitifs), les obstacles liés au genre viennent s'ajouter à la vulnérabilité. Les personnes handicapées sont deux fois plus nombreuses à juger que les prestataires de soins n'ont pas les compétences nécessaires pour répondre à leurs besoins, quatre fois plus nombreuses à faire état de mauvais traitements et presque trois fois plus nombreuses à déclarer avoir été confrontées à des refus de soins. *(7)* Les conséquences croisées du genre et du handicap peuvent conduire à différentes difficultés et à différents obstacles. Ainsi, chez un homme, le handicap est parfois plus acceptable que chez une femme qui peut se retrouver exclue de la communauté. Ces facteurs menacent de compromettre la CSU et peuvent nuire à l'accès des mères et des pères aux services de vaccination pour leurs enfants.

Les **discriminations dans le domaine des soins** sont fréquentes et prennent de nombreuses formes. Elles touchent à la fois les usagers des services de santé et le personnel (par exemple, écarts de salaire, harcèlement sexuel, possibilités de promotion limitées). Les communautés **LGBTQI** subissent une stigmatisation, une discrimination et une marginalisation importantes, ce qui entraîne des conséquences négatives sur leur santé. *(8)* Bien qu'il existe peu d'études concernant les liens avec les résultats en matière de vaccination, les recherches montrent que les communautés LGBTQI ont un

accès limité aux services de santé essentiels, ne bénéficient pas de soins de qualité et qualifiés de la part des prestataires, et ne sont pas toujours en mesure de payer les services nécessaires pour garantir leur droit à la santé. Au Brésil, les attitudes négatives des agents de santé envers les usagers membres de la communauté LGBTQI ont été établies dans les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires. Une enquête nationale réalisée aux États-Unis a permis de déterminer que 28 % des personnes trans avaient reporté des soins en raison de discriminations, et 28 % ont déclaré avoir été harcelées par des agents de santé lorsqu'elles avaient eu recours aux soins. *(9)*

Autres obstacles liés à la qualité des services : absence de services adaptés aux adolescents, éloignement des établissements de santé, longues durées d'attente, horaires d'ouverture inadaptés, absence d'installations d'assainissement et manque de confidentialité. Ces facteurs peuvent entraîner des différences en matière d'accès des femmes et des hommes aux services de vaccination..

Obstacle 2 – Faible niveau d'éducation et d'alphabétisation sanitaire

Il existe une forte corrélation entre le **niveau d'éducation** de la mère, la bonne santé de l'enfant et les résultats positifs en matière de vaccination. *(10, 11, 12)* Si de faibles niveaux d'alphabétisation et le manque d'accès aux informations sanitaires peuvent nuire au recours et à l'accès à la vaccination pour les hommes comme pour les femmes, ces dernières sont souvent davantage pénalisées. Même s'il existe également un lien entre le niveau d'éducation du père et le statut vaccinal de l'enfant, la sous-vaccination est plus souvent associée à un faible niveau d'éducation chez la mère. *(13)* Quel que soit leur niveau d'éducation, les femmes qui bénéficient d'un meilleur niveau d'alphabétisation sanitaire vaccinent plus souvent leurs enfants, en zone urbaine comme en zone rurale. *(10)*

Le fort lien entre niveau d'éducation de la mère et couverture vaccinale s'explique en partie par le statut socioéconomique et par des facteurs spécifiques au contexte. En effet, les mères dont le niveau d'éducation est plus élevé vivent souvent dans des foyers plus aisés et dans des zones offrant un meilleur accès aux services de santé. *(14, 15)* Les enfants de femmes plus jeunes non éduquées, notamment celles appartenant à des foyers pauvres, sont davantage pénalisés. *(2)*

Obstacle 3 – Autonomie limitée en matière de prise de décisions et dynamique familiale

Les différents rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes ont des conséquences sur l'accès et le contrôle des femmes en matière de **prise de décisions** concernant leur santé et celle de leurs enfants. *(16)* Si les normes et les rôles de genre traditionnels désignent généralement les femmes comme responsables des soins aux enfants, ce sont souvent les hommes qui prennent les décisions au sein du foyer en raison des rapports de pouvoirs inégaux et des inégalités de genre. Pourtant, les interventions de vaccination ciblent souvent uniquement les femmes sans tenir compte de l'influence des hommes sur les décisions en matière de vaccination et sur d'autres questions liées à la santé. Les décisions en matière de santé font l'objet de négociations au sein du foyer et de la famille élargie. Les mères disposent parfois d'un pouvoir de négociation limité, dans les dynamiques de pouvoir genrées (avec l'homme chef de famille) comme dans les rapports entre générations (avec les femmes et les hommes plus âgés). *(2, 17)*

La **capacité d'action** et de **prise de décisions** des femmes est fortement corrélée au statut vaccinal des enfants. Ainsi, une étude réalisée au Nigéria a montré que plus les femmes disposaient d'une autonomie et d'une capacité de prise de décisions importantes, plus il était probable qu'elles fassent vacciner leurs enfants. D'après des études menées en Asie du Sud, une plus grande autonomie des femmes dans la prise de décisions se traduit par un recours plus important aux services de santé maternelle et infantile et par des résultats sanitaires positifs. *(18)*

Les mères qui considèrent que l'autorisation de leur époux est nécessaire pour la vaccination de leurs enfants sont moins susceptibles de les faire vacciner entièrement. Une évaluation réalisée en Afghanistan montre que beaucoup de femmes ne peuvent pas prendre elles-mêmes des décisions concernant leur santé. De plus, les traditions culturelles exigent souvent qu'elles soient accompagnées lorsqu'elles ont recours aux services de santé. Les hommes chefs de famille

(c'est-à-dire mari, père ou frères) prennent généralement ce type de décision pour les femmes, ce qui retarde l'accès aux services de soins pour les femmes et leurs enfants. *(19)* Le retard pris est aggravé par la nécessité de trouver un chaperon lorsque l'autorisation est accordée.

Obstacle 4 – Impossibilité d'accéder aux ressources et à la mobilité, et de les contrôler

Les femmes, en particulier en situation d'urgence et dans les pays à faible revenu, bénéficient généralement d'un accès et d'un contrôle moindres sur les ressources essentielles, **par exemple**, **le temps**, **l'argent**, **les informations et le transport**, qui peuvent avoir des répercussions sur les résultats en matière de santé et de vaccination. C'est notamment le cas pour les mères célibataires et pour les femmes appartenant à des foyers pauvres en zones rurales. *(2)* Dans une étude réalisée au Nigéria, l'obstacle à l'accès à la vaccination le plus souvent cité était le manque de ressources financières pour payer les transports ou les services. *(20)*

Lorsque les femmes ont un accès limité aux **ressources financières**, et peu de contrôle sur celles-ci, leurs enfants ont moins de chances d'être vaccinés. Dans les familles où les femmes jouent un rôle important dans la prise de décisions, la proportion des ressources financières consacrées aux enfants est plus importante que dans celles où les décisions sont prises de manière moins égalitaire. *(21)* D'après une étude examinant les liens entre l'autonomie des femmes et la couverture vaccinale des enfants en Éthiopie, les femmes ayant la capacité de prendre des décisions concernant l'utilisation des ressources financières étaient plus susceptibles de faire vacciner partiellement ou entièrement leurs enfants que celles qui ne participaient pas à la prise de décisions. Il est important de noter que les femmes qui prenaient des décisions financières en concertation avec leur mari faisaient encore plus fréquemment vacciner leurs enfants que celles qui prenaient ce type de décisions de manière indépendante, *(22)* ce qui souligne le rôle essentiel des hommes dans l'amélioration des résultats sanitaires pour les enfants. Ce résultat montre l'importance de cibler le couple ainsi que les hommes et les femmes individuellement dans les messages portant sur la vaccination.

Bien que les services de vaccination soient généralement gratuits, le **transport** constitue un coût « **caché** » dans beaucoup d'endroits. Dans les régions pauvres, les mères doivent rassembler les ressources nécessaires ou mobiliser des moyens de transport pour emmener leurs enfants sur les lieux de vaccination. La **mobilité** peut également se trouver limitée par des problèmes de sécurité aggravés dans les situations de conflit ou d'urgence. Ainsi, la prévalence des violences fondées sur le genre augmente généralement dans ces circonstances. *(2)* Dans une étude portant sur l'accès aux soins des femmes en Afghanistan, près d'un tiers des femmes ont indiqué que l'insécurité était l'une des raisons pour lesquelles elles ne se rendaient pas dans un établissement de santé lorsqu'elles étaient malades. *(23)*

Le **temps** représente également une ressource et un coût d'opportunité susceptible de créer des obstacles à la vaccination, en particulier pour les femmes si les distances ou les durées d'attente sont très longues. *(24)* Généralement, les femmes doivent se charger de la majorité des tâches ménagères et des soins aux enfants, ainsi que des obligations sociales et familiales, qu'il s'agisse de faire la cuisine et le ménage, de s'occuper des enfants et des parents malades, d'aller chercher de l'eau et du bois ou d'accueillir les invités. Ceci est vrai également pour le personnel de santé, en majorité féminin, qui doit souvent assumer de multiples responsabilités et effectue une « double » journée de travail. Dans le monde, les femmes effectuent en moyenne trois fois plus de tâches domestiques non rémunérées que les hommes. *(25)* Des études menées au Bangladesh, en Chine et au Gabon ont mis au jour des contraintes de temps qui limitent les possibilités de recours aux soins et l'accès aux services de santé. *(24)* Les coûts temporels dus à de mauvaises infrastructures sont plus importants dans les régions isolées, et, dans les zones urbaines, la participation des femmes au marché du travail crée des contraintes de temps et de revenus supplémentaires. *(2)*

Les normes religieuses ou culturelles peuvent également avoir une incidence sur la mobilité des femmes, car elles peuvent jouer sur les **interactions** attendues ou autorisées entre hommes et femmes. Ainsi, dans la tradition haoussa, au Nigéria, un homme n'ayant aucun lien de parenté avec une femme ne peut pas lui adresser la parole sans l'autorisation de son mari. Dans les activités d'éradication de la poliomyélite, l'intervention de femmes comme agentes de première ligne a permis d'augmenter l'efficacité de la vaccination, car dans de nombreux endroits, seules les femmes peuvent accéder aux logements et vacciner les enfants qui s'y trouvent. *(26)* Les équipes entièrement masculines étaient

inefficaces, ce qui a constitué un obstacle majeur lié au genre dans les efforts d'éradication de la poliomyélite. *(27)* D'après une évaluation de la vaccination contre la poliomyélite en Afghanistan, le refus des mères était lié aux interactions avec des équipes de vaccination exclusivement composées d'hommes. *(28)*

Obstacle 5 – Prévalence élevée des violences fondées sur le genre et des pratiques préjudiciables

Une femme sur trois subit des **violences fondées sur le genre** au cours de sa vie. En outre, les situations de conflit et de déplacement peuvent exacerber la violence existante et entraîner de nouvelles formes de violence à l'égard des femmes. *(29)* Si les hommes et les garçons peuvent également être victimes de ce type de violence, les femmes et les filles sont touchées de façon disproportionnée. En plus de constituer une grave violation des droits fondamentaux ancrée dans les inégalités de genre, la violence fondée sur le genre a de nombreuses conséquences négatives sur la santé physique, psychologique, sexuelle et reproductive. Les services de vaccination peuvent constituer un point d'accès essentiel permettant aux agents de santé d'orienter les survivantes afin qu'elles reçoivent une aide adaptée. Les agentes de santé peuvent elles-mêmes être victimes de violence fondée sur le genre sous la forme de harcèlement sexuel exercé par des collègues/des superviseurs et des membres de la communauté.

En outre, la **violence fondée sur le genre a également des effets néfastes sur les résultats en matière de vaccination**. Elle empêche parfois les femmes d'avoir recours aux services de santé pour elles-mêmes ou leurs enfants par crainte de parler de la violence à des personnes extérieures au foyer. Une étude concernant les conséquences de la violence au sein du couple sur la vaccination des enfants au Bangladesh a confirmé des répercussions importantes sur les taux de vaccination des enfants. *(30)* D'après une étude réalisée au Rwanda et portant sur les soins prodigués suite aux violences fondées sur le genre, les femmes n'avaient pas recours aux soins afin d'éviter davantage de violence et de maltraitance, et pour « protéger la réputation » de leur mari et de leur famille. *(31)* Il a été démontré que la violence fondée sur le genre contribuait à un recours global plus faible aux services de santé reproductive et maternelle, et à des résultats néfastes en matière de santé des enfants. *(18)*

Le **mariage d'enfants**, une forme de violence fondée sur le genre, a également des conséquences directes sur l'accès et le recours des filles et des femmes aux services de santé, notamment de vaccination. Actuellement, dans les pays les moins avancés, 40 % des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans, et 12 % avant l'âge de 15 ans. *(32)* Les adolescentes contraintes au mariage sont moins susceptibles de disposer de connaissances sur la santé. Elles sont plus souvent victimes de violence fondée sur le genre, ont davantage de grossesses non désirées et présentent une morbidité et une mortalité maternelle plus élevées, tandis que les normes de genre limitent leurs capacités d'action et de prise de décision au sein de la famille ainsi que leur mobilité, ce qui entrave leur accès aux services de vaccination. *(33)* Il existe une forte corrélation entre mariage d'enfants et faibles niveaux d'éducation, car les filles privées d'éducation ont plus de risque de se marier jeunes. Le mariage d'enfants réduit le pouvoir de négociation des filles et des femmes dans les décisions relatives à la santé. Ainsi, en Asie du Sud-Ouest, on a constaté que le mariage d'enfants conduisait à une baisse de 11 % des visites prénatales. D'après une étude examinant les conséquences du mariage précoce sur la santé des femmes et des enfants en Afrique subsaharienne, lorsque les mères se marient entre l'âge de 15 et 17 ans, les enfants sont deux fois plus nombreux à recevoir les vaccins essentiels et le taux de mortalité néonatal baisse presque deux fois plus rapidement que lorsque les mères se marient entre l'âge de 10 et 14 ans. *(34)*

La **préférence pour les garçons**, qui trouve son origine dans les inégalités de genre, réduit également la probabilité de vaccination des filles dans certains milieux. Même si, à l'échelle mondiale, il n'existe pas de différence majeure entre la couverture vaccinale des filles et celle des garçons, le traitement préférentiel accordé à ces derniers subsiste dans certains endroits. Dans de nombreuses régions du monde, notamment en Asie, les filles sont plus souvent victimes d'abandon et de négligences. *(35)* Ainsi, en Inde, il a été établi que les filles recevaient moins souvent des soins, que les sommes dépensées pour des médicaments en leur faveur étaient moindres et qu'elles étaient transportées vers des établissements de santé à des stades plus avancés des maladies. *(36)*

CHAPITRE 4

Chapitre 4 : Stratégies adaptées aux spécificités de genre pour augmenter la couverture vaccinale

Les obstacles liés au genre doivent être combattus efficacement tant côté demande que côté offre de service, à tous les niveaux, de l'échelon des individus et des communautés à celui des politiques et structures nationales en passant par les services de santé. Le présent chapitre montre comment il est possible de mettre en œuvre des stratégies adaptées aux spécificités de genre et d'intégrer une perspective de genre dans les différents domaines de priorité de Vaccination 2030.

Activités adaptées aux spécificités de genre : une échelle progressive

On considère que les programmes, les politiques et les interventions sont « **adaptés aux spécificités de genre** » lorsque les rôles, les normes et les inégalités de genre ont été analysés et que les mesures adaptées ont été prises pour en tenir compte et les combattre. Les programmes adaptés aux spécificités de genre peuvent cibler spécifiquement un groupe de femmes et d'hommes sans remettre en question les normes et les rôles de genre, ou ils peuvent **faire évoluer les rapports de genre** lorsqu'ils luttent contre les inégalités et tentent de modifier les normes et rôles de genre néfastes.

Les interventions de vaccination doivent au minimum cibler spécifiquement les hommes ou les femmes, et, idéalement, faire évoluer les rapports de genre. La Figure 5 est adaptée de l'échelle d'évaluation de la sensibilité aux questions de genre (Gender Responsive Assessment Scale) de l'OMS *(37)* et décrit brièvement chaque niveau en donnant des exemples en lien avec les programmes de vaccination. Les activités renforçant les inégalités de genre ou ignorant les questions de genre sont néfastes et contraires au principe fondamental de Vaccination 2030 de ne pas nuire.

Figure 5. Échelle d'évaluation de la sensibilité aux questions de genre

		ACTIVITÉS ADAPTÉES AUX SPÉCIFICITÉS DE GENRE		
Activité renforçant les inégalités de genre	**Activité ignorant les questions de genre**	**Activité attentive aux questions de genre**	**Activité ciblant spécifiquement un genre**	**Activité faisant évoluer les rapports de genre**
Perpétue les inégalités de genre, renforce les stéréotypes, privilégie les hommes par rapport aux femmes (ou vice versa).	**Ne tient pas compte des rôles, des normes et des rapports de genre, ou des différences en matière de possibilités et de répartition des ressources.**	**Affiche une sensibilité aux rôles, aux normes et aux rapports de genre, mais ne lutte pas nécessairement contre les inégalités qu'ils produisent, aucune mesure corrective n'est prise.**	**S'adresse à un groupe particulier de femmes ou d'hommes dans un but précis, mais ne remet pas en question les rôles et les normes de genre.**	**Lutte contre les causes des inégalités de genre, transforme les rôles, les normes et les rapports de genre néfastes, favorise l'égalité des genres.**
Exemples : Diffuser de manière intentionnelle des brochures sur la vaccination uniquement aux hommes, encourager les stéréotypes traditionnels néfastes concernant les rôles des hommes et des femmes dans les documents d'information, de formation et de communication.	*Exemples : Informer la population de la prochaine campagne de vaccination contre la poliomyélite uniquement par affichage alors que 80 % des femmes et 10 % des hommes du village sont analphabètes ; installer un « point information » sur la vaccination uniquement sur un marché auquel les femmes n'ont pas le droit d'accéder.*	*Exemples : Le directeur d'un programme national de vaccination reconnaît les problématiques de genre ; l'évaluation du programme comporte une analyse des questions de genre qui ne se traduit pas par des mesures lors de la mise en œuvre. droit d'accéder.*	*Exemples : Mettre en place un site mobile de vaccination contre le tétanos dans un atelier de femmes ou une cuisine communautaire ; envoyer des agentes de vaccination dans les foyers, dans les régions où les femmes ne peuvent pas librement interagir avec les hommes.*	*Exemples : Programme communautaire incitant les pères à jouer un rôle actif et égal dans la santé et la vaccination de leurs enfants ; participation égale des femmes, des hommes et des jeunes à la conception et à la mise en œuvre de la vaccination, à différents niveaux.*

Les mesures figurant dans le présent chapitre sont classées en fonction de la catégorie à laquelle elles appartiennent généralement sur l'échelle d'évaluation de la sensibilité aux questions de genre (activité attentive aux questions de genre, ciblant spécifiquement un genre, faisant évoluer les rapports de genre). Toutefois, ces catégories ne sont pas figées et le classement ne doit être utilisé qu'à titre indicatif. La manière dont l'activité est mise en œuvre et le contexte dans lequel elle est mise en œuvre peuvent jouer sur ce classement. (voir l'annexe 2 qui renvoie vers des ressources et des outils supplémentaires pour des programmes adaptés aux spécificités de genre)

Stratégie 1 : Investir en faveur des données liées au genre et de l'analyse des questions de genre

Les programmes de vaccination sont fortement influencés par l'utilisation des données. Pour que ces programmes intègrent une perspective de genre, ces données doivent systématiquement être ventilées par sexe et en fonction d'autres facteurs tels que l'âge, le lieu de vie, le milieu socioéconomique, le handicap et l'ethnie. Ainsi, il sera possible de repérer et combattre les inégalités de genre, mais aussi de concevoir des programmes et des politiques de vaccination adaptés aux spécificités de genre. Actuellement, en raison du manque de données relatives au genre à l'échelle mondiale, les acteurs de la santé ne disposent pas de connaissances suffisantes sur les dynamiques de genre pour concevoir des politiques sanitaires ciblées et progresser vers la réalisation des ODD. Pour agir, il est essentiel de produire des données liées au genre.

La Figure 6 montre comment l'utilisation de données « ventilées par sexe » et « ventilées par genre » permet d'orienter la conception d'un programme ou d' une intervention dans une perspective de genre.

Figure 6. Exemple montrant la différence entre données ventilées par sexe et données ventilées par genre dans un district où la couverture pour le DTC3 (trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche) atteint 74 %. *Les chiffres sont fictifs.*

Données	Conclusions possibles
La couverture pour le DTC3 atteint 74 %.	
Statistiques ventilées par sexe	
% Couverture DTC3 pour les filles : 75 %; couverture DTC3 pour les garçons : 73 %	La différence n'est pas significative et il semble qu'il n'existe pas de disparité en matière de vaccination des garçons et des filles.
Données ventilées par genre	
Lorsque les mères ont un diplôme d'études secondaires, la couverture pour le DTC3 atteint 79 %. Lorsque les mères n'ont pas fait d'étude ou ont seulement un diplôme d'études primaires, la couverture atteint 69 %.	Les mères éduquées ont parfois un meilleur niveau d'alphabétisation sanitaire et comprennent l'importance de la vaccination. Elles disposent peut-être d'un meilleur accès aux services de santé, car il est probable qu'elles appartiennent à des milieux moins défavorisés.
Lorsque les mères disposent d'un compte bancaire ou font appel à des services monétaires mobiles, la couverture atteint 81 %, lorsque ce n'est pas le cas, la couverture est de 65 %.	Il se peut que ces mères jouissent d'une plus grande autonomie dans la prise de décisions au sein de la famille et disposent d'une source de revenus distincte de celle de leur partenaire. Elles sont donc davantage en mesure de faire vacciner leurs enfants.
Lorsqu'au moins 50 % du personnel de santé est féminin dans un établissement, la couverture pour le DTC3 atteint 79 %. Sur les autres sites (où le personnel est composé en majorité d'hommes), la couverture est de 71 %.	Beaucoup de mères sont plus à l'aise avec une femme agente de santé. Il est donc possible que la fréquentation soit plus élevée dans les établissements comptant davantage de personnel féminin.
Lorsque les mères signalent des violences de la part de leur partenaire, la couverture est de 64 % contre 77 % lorsque les mères ne subissent pas de violence domestique.	Il est possible que les mères victimes de violence fondée sur le genre aient moins recours aux services de santé pour elles-mêmes ou leurs enfants par crainte de parler de la violence à des personnes extérieures au foyer.

▶▶▶ Liste de mesures ◀◀◀

DONNÉES ET ANALYSE	
☑	Recueillir et analyser les données relatives à la vaccination (données qualitatives et quantitatives) ventilées par sexe et en fonction d'autres facteurs tels que l'âge, l'ethnie, le milieu socioéconomique et le handicap. *[Activité attentive aux questions de genre]*
☑	Veiller à ce que l'ensemble des plans d'action, stratégies, politiques, enquêtes et nouveautés de programmes contiennent des données ventilées par sexe et soient éclairés par une analyse de genre. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Suivre les indicateurs liés au genre dans les plans et les programmes de vaccination (voir annexe 3 pour des suggestions d'indicateurs). *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Utiliser des méthodes participatives de collecte des données (qui garantissent une participation importante des femmes et des hommes). *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Pour le suivi et l'évaluation, intégrer des indicateurs mesurant les changements attendus pour les femmes et les hommes, les filles et les garçons. *[Activité attentive aux questions de genre]*

Ressources utiles :

- ***Gender statistics manual: Integrating a gender perspective into statistics*** (en anglais) (UN Statistical Division 2015)
  https://unstats.un.org/unsd/genderstatmanual/What-are-gender-stats.ashx

- ***Equal Measures 2030, Gender Advocates Data Hub*** (en anglais)
  https://www.equalmeasures2030.org/data-hub

  Une ressource proposant des données, des visualisations et des récits qui présentent les données sur les enjeux liés à l'égalité des genres dans les ODD. On y trouve également une analyse de la situation en matière d'égalité des genres dans 129 pays (regroupant 95 % des filles et des femmes de la planète) grâce à l'Indice du genre dans les ODD 2019 et aux projections 2020 sur cinq enjeux clés liés à l'égalité des genres issus de l'Indice.

- ***Global Health 50/50: Towards Gender Equality in Global Health*** (en anglais)
  https://globalhealth5050.org

  Global Health 50/50 est un projet de recherche indépendant qui oriente, suscite et encourage l'action et la responsabilisation en matière d'égalité des genres et d'équité en santé.

- ***Behavioral and social drivers of vaccination (BeSD)*** (en anglais)
  https://www.demandhub.org/besd

  L'objectif de l'axe de travail concernant les facteurs comportementaux et sociaux est d'aider les programmes et les partenaires à améliorer la disponibilité, la qualité et l'exploitation des données afin de déterminer les raisons de la sous-vaccination et d'y remédier. Pour cela, il est possible d'utiliser des outils standard internationaux fondés sur des données probantes et adaptés au contexte local. Les données orienteront la conception et la mise en œuvre d'interventions ciblées et le suivi des tendances comparables au niveau international.

Perspective de genre :

Collecte de données participative

Découvrir de nouvelles informations très utiles sur les membres des communautés difficiles à atteindre

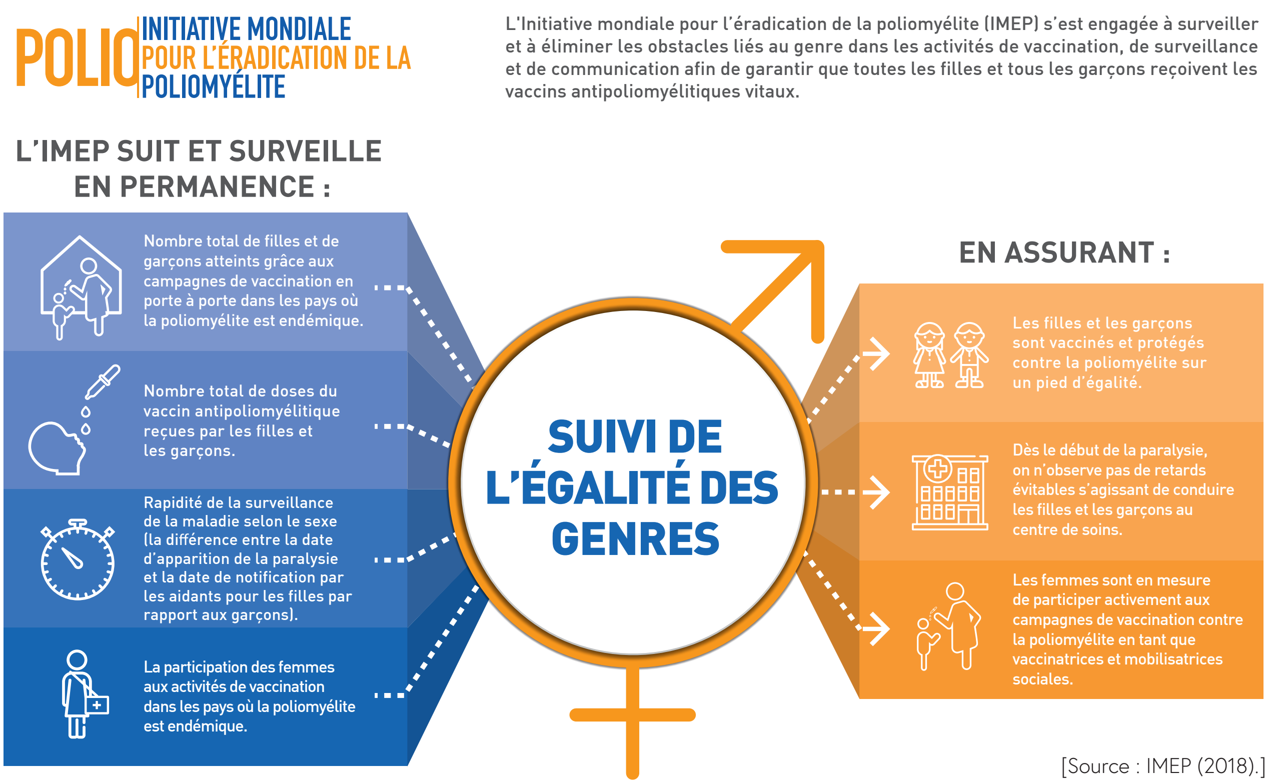
TEGA (Technology Enabled Girl Ambassadors) est une application mobile de recherche par les pairs utilisée par de grandes organisations mondiales de développement pour effectuer des recherches plus sûres, plus rapides, plus flexibles et plus authentiques dans le monde entier. TEGA offre aux adolescentes de 16 à 24 ans la possibilité de réaliser des recherches à partir d'entretiens menés au sein de leur communauté, y compris avec des hommes et des garçons. Cette approche unique permet d'exploiter des conversations ouvertes et honnêtes qui, sans cela, seraient oubliées ou ne seraient pas prises en compte dans des méthodes classiques de collecte de données.
Grâce aux informations recueillies par TEGA, les organisations comprennent mieux les réalités auxquelles les filles sont confrontées, ce qui leur permet de concevoir des programmes de développement mieux ciblés qui ont des effets réels

Pour en savoir plus : https://www.girleffect.org/what-we-do/mobile-platforms/tega

Indicateurs d'égalité des genres pour l'éradication de la poliomyélite

Pour garantir l'égalité en matière d'accès à la vaccination ainsi que la participation des femmes, l'IMEP a élaboré en 2017 quatre indicateurs sensibles au genre pour le suivi des progrès (Figure 7). Les indicateurs permettent de mesurer i) si les filles et les garçons reçoivent les vaccins antipoliomyélitiques sur un pied d'égalité ; ii) les doses totales reçues par les filles et les garçons ; iii) si la surveillance est effectuée en temps voulu pour les filles et les garçons, ainsi que iv) la participation des femmes en tant qu'intervenantes de première ligne.

Figure 7. Suivi de l'IMEP en matière d'égalité des genres



[Source : IMEP (2018).]

Encadré 3

Encadré 3. Gros plan sur les données ventilées par sexe dans l'éradication de la poliomyélite

L'IMEP recueille et analyse en permanence des données ventilées par sexe pour vérifier que les filles et les garçons sont vaccinés sur un pied d'égalité et bénéficient de la surveillance de la poliomyélite, et pour veiller à ce que toute disparité constatée soit corrigée et traitée efficacement.



Stratégie 2 : Faire en sorte que la mobilisation communautaire et sociale soit adaptée aux spécificités de genre et fasse évoluer les rapports de genre

Perspective de genre :

MIRA Channel (Women Mobile Lifeline Channel) est un canal mobile intégré qui fournit des informations sanitaires aux femmes des zones rurales et les met en lien avec les services de santé publique via les téléphones mobiles dans les milieux défavorisés en Inde. Chaque sous-canal propose plusieurs outils qui fournissent des informations aux femmes grâce à des outils ludo-éducatifs interactifs en renforçant leurs connaissances, en les sensibilisant aux grands enjeux de santé, notamment à la vaccination, et en assurant le lien entre elles et les services de santé publique. Cet outil encourage les femmes à se rendre aux visites prénatales et à effectuer les vaccinations en temps voulu, et les aide à adopter des comportements plus sûrs tout en réduisant la mortalité maternelle et infantile.

Pour en savoir plus : http://www.zmqdev.org/mira-channel-2/

Les activités et la mobilisation communautaires, la mobilisation sociale, les interventions de promotion de la santé et de proximité sont essentielles pour lutter contre les obstacles liés au genre dans l'accès à la vaccination et aux soins. La stimulation de la demande, l'une des priorités stratégiques de Vaccination 2030, constitue un élément essentiel d'une vaccination efficace, notamment pour toucher les populations mal desservies et les enfants « zéro dose ». *(38)*

Pour parvenir à modifier les comportements et mener avec succès des activités au sein de la communauté, il est indispensable de comprendre les différents besoins, les préférences en matière de canaux et de plateformes de communication ainsi que les préoccupations des femmes et des hommes, et d'en tenir compte. Les destinataires des messages de mobilisation communautaire et des messages liés à la vaccination doivent au minimum être activement consultés, et dans l'idéal, participer de manière conséquente à la conception de ces interventions. Cet aspect est particulièrement important lorsqu'il s'agit de toucher des communautés marginalisées ou difficiles à atteindre.

Qu'elle passe par le dialogue interpersonnel ou par différents médias, une communication efficace peut favoriser l'égalité des genres en modifiant des attitudes et des normes qui perpétuent la discrimination fondée sur le genre. De plus, la communication est étroitement liée à l'autonomisation puisqu'elle contribue à renforcer la confiance et les compétences nécessaires pour négocier des choix et exiger l'égalité en matière d'accès aux ressources et de contrôle de celles-ci. *(39)* Lorsque c'est possible, tout en tenant compte des expériences et des besoins différents des femmes et des hommes, les interventions liées à la vaccination visant à modifier les comportements doivent s'efforcer de faire évoluer les rapports de genre – c'est-à-dire de modifier les normes et les rôles de genre néfastes, et de faire progresser l'égalité des genres.

▶▶▶ Liste de mesures ◀◀◀

MOBILISATION COMMUNAUTAIRE ET SOCIALE	
☑	Veiller à l'adoption d'une perspective de genre dans toutes les analyses et évaluations des situations de mobilisation sociale et dans tous les plans de communication. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Veiller à l'équilibre entre les genres dans les équipes de mobilisation sociale et communautaire, ainsi que dans les groupes et événements de communication sur la vaccination (par exemple, groupes d'experts, ateliers et groupes consultatifs). *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Consulter sur un pied d'égalité les femmes, les hommes, les garçons et les filles pour la conception, le test et la diffusion des documents et produits de communication sur la vaccination. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Concevoir des documents, des messages et des interventions liés à la vaccination qui remettent en question les normes, les rôles et les stéréotypes de genre néfastes. Par exemple, dans tous les messages et documents relatifs à la vaccination, présenter les femmes comme des participantes actives et à parts égales, et pas uniquement comme des mères ou des aidantes, et représenter des hommes prenant soin des enfants. [Activité faisant évoluer les rapports de genre]
☑	Choisir des canaux et des plateformes de communication en tenant compte des différences en matière d'accès (différences liées au niveau d'alphabétisation, à la mobilité, à la charge de travail ou aux pratiques sociales). *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*

Ressources utiles :

- ***Gender-responsive communication for development: guidance, tools and resources*** (UNICEF ROSA 2018) https://www.unicef.org/rosa/reports/gender-responsive-communication-development-0

Conseils pour une communication tenant compte des questions de genre

Produits de communication :

Pour les produits de communication sous forme écrite, visuelle, audio et audiovisuelle :

- Veiller à garantir un équilibre entre le nombre de femmes et d' hommes, de filles et de garçons figurant sur les produits de communication. Montrer la diversité - genre, âge, ethnicité, situation de handicap ou pas, rôles, religions, milieu rural ou urbain, etc.
- Inclure des femmes et des hommes, des filles et des garçons dans des rôles comparables et diversifiés. Si, par exemple, vous mettez en scène des dirigeants communautaires, veillez à inclure une femme et un homme, plutôt qu'un dirigeant homme et une femme au foyer.
- Présenter les points de vue des femmes et des hommes, des filles et des garçons, et les présenter comme tout aussi importants et pertinents. Accorder le même temps de parole aux femmes et aux hommes, aux filles et aux garçons. Citer les femmes et les hommes, les filles et les garçons en tant que sources d' expertise, d'opinions, d'expériences, etc.
- Remettre en question les stéréotypes oppressifs. Montrer des femmes et des hommes, des filles et des garçons dans des rôles non stéréotypés.
- Présenter fidèlement la situation des femmes et des hommes, des filles et des garçons, en faisant ressortir les similitudes et les différences de leurs situations respectives. Ne pas présenter les femmes et les filles comme intrinsèquement vulnérables. Montrer les capacités, et non pas uniquement les vulnérabilités.

Messages destinés aux médias et activités de plaidoyer :

Lors du partage d'informations, de la préparation de produits d'information et de la conception de messages de plaidoyer :

- Fournir des données - fournir des informations ventilées selon le sexe et l'âge.
- Être précis - présenter des informations sur les situations, les besoins et les capacités spécifiques des femmes, des hommes, des filles et des garçons.
- Messages sur les questions de genre- inclure des messages sur l'égalité des genres.
- Réitérer l'engagement de l'ODD en faveur de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes et des filles comme moyen d'atteindre l'objectif consistant à ce que chaque enfant réalise pleinement son potentiel.

[Source : Gender toolkit : integrating gender in programming for every child in South Asia. UNICEF ROSA (2018).]

Stratégie 3 : Collaborer avec les hommes pour modifier les normes de genre

Les informations ou les messages relatifs aux programmes de vaccination ciblent rarement les hommes ou les pères. En ne s'adressant qu'aux femmes, les interventions de vaccination négligent l'influence capitale des hommes sur la capacité de prise de décisions des femmes dans de nombreux contextes. De plus, lorsque les activités ne ciblent que les femmes, elles ne permettent pas de profiter des bénéfices d'une participation des hommes aux soins et aux décisions sur la vaccination. Bien que les femmes soient les principales responsables des soins de santé apportés aux enfants au quotidien, les inégalités de genre et les normes patriarcales permettent dans certains contextes aux hommes de contrôler l'accès des femmes aux informations, aux finances, au transport et aux autres ressources nécessaires pour avoir recours aux services de santé. *(40)* Dans de nombreux pays, le système de santé actuel ne tient pas suffisamment compte du rôle des pères dans la vaccination des enfants, et n'adopte pas activement une stratégie de vaccination faisant évoluer les rapports de genre. *(2)*

Il a été démontré que les programmes de vaccination qui s'adressent aux hommes permettent d'obtenir des taux de vaccination plus élevés. *(41)* Ainsi, une étude réalisée en Ouganda a montré que la mobilisation des hommes autour des questions liées à la santé de l'enfant était essentielle pour améliorer l'accès aux soins de ces derniers. *(42)*

Perspective de genre :

Avec Program P/MenCare, Promundo propose des programmes de santé qui font évoluer les rapports de genre

Intégré à la campagne MenCare, Program Prépond directement et de manière ciblée au besoin de stratégies concrètes destinées à éveiller l'intérêt des hommes pour une paternité active, des soins prénatals aux premières années de leur enfant en passant par l'accouchement et la naissance. Conçu en partenariat avec Puntos de Encuentro au Nicaragua, CulturaSalud au Chili et le Ministère brésilien de la santé, le programme comporte trois volets : proposer des informations et des outils aux prestataires de soins de santé, concevoir des activités de groupe pour les pères et les couples, et fournir des recommandations pour la conception de campagnes communautaires. En ciblant les hommes, essentiellement par l'intermédiaire du secteur de la santé, Program P mobilise les pères et leur partenaire à un moment clé – généralement pendant la grossesse – où ils sont ouverts à l'adoption de nouveaux comportements de soins.

Pour en savoir plus :
https://promundoglobal.org/programs/program-p/#s

▶▶▶ Liste de mesures ◀◀◀

COLLABORER AVEC DES HOMMES	
☑	Cibler à la fois les hommes et les femmes en tant qu'aidants dans toutes les activités et tous les messages liés à la vaccination. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Intégrer à tous les messages de promotion de la santé (notamment lors des visites à domicile) et aux programmes scolaires des thèmes tels que l'égalité des genres, l'égalité dans les tâches parentales, la prise de décisions au sein de la famille, et le partage égal des soins aux enfants et d'autres responsabilités domestiques avec les hommes. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*
☑	Former le personnel de santé pour que, lors des consultations parentales et dans les centres de soins de santé primaires, il encourage les hommes à s'impliquer dans la santé des enfants et pour qu'il renforce les attitudes positives envers les hommes qui viennent dans les centres de santé avec leurs enfants. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*
☑	Collaborer avec les associations et les groupes d'hommes et avec les responsables traditionnels/culturels/religieux sur la communication liée à la vaccination. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*
☑	Faire appel à des hommes influents afin qu'ils donnent l'exemple de comportements favorisant l'égalité des genres. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*

Valeur ajoutée de la participation des hommes et des garçons

- Promotion des droits humainss
- Augmentation des points d'entrée
- Progression vers la réalisation des objectifs de développement
- Partenariat équitable
- Participation des dirigeants hommes

Liste de contrôle : Participation des hommes et des garçons à la programmation tenant compte des questions de genre

- ☑ Les programmes renforcent-ils l'autonomie des femmes et des filles tout en impliquant les hommes et les garçons de manière à susciter un changement transformateur en matière de genre ?
- ☑ Les hommes et les garçons sont-ils associés en tant que leaders et participants actifs, et non écartés ou marginalisés en tant qu'opposants potentiels au changement ?
- ☑ Les programmes permettent-ils aux hommes et aux garçons de s'intéresser davantage à l'égalité des genres et de constater que leur vie peut changer de manière positive ?
- ☑ Les initiatives donnent-elles l'occasion aux hommes et aux garçons de réfléchir aux questions relatives à la masculinité ?
- ☑ Comment créer des environnements propices au changement de comportement et à l'apprentissage pour les hommes et les garçons ?

[Source : Gender toolkit: integrating gender in programming for every child in South Asia. UNICEF ROSA (2018).]

Stratégie 4 : Collaborer avec la société civile et les agents du changement, et leur donner des moyens d'action

Il est important de repérer les acteurs de la société civile, les organisations locales (notamment les groupes de femmes formels et informels, et les réseaux de filles et de jeunes) et les agents du changement, et de collaborer avec eux. Ce sont des alliés puissants pour lutter contre les obstacles liés au genre et augmenter la demande de services de vaccination. Les acteurs de la société civile sont souvent présents dans les communautés difficiles à atteindre et peuvent mieux faire entendre la voix de ces communautés auprès des décideurs. Ils disposent également de l'expertise locale nécessaire pour diffuser les informations relatives aux programmes de vaccination auprès des communautés marginalisées.

Il est essentiel de créer et de pérenniser des partenariats avec un large réseau d'acteurs. Il est impossible de parvenir à des changements en profondeur et de lutter contre les obstacles aux soins existants sans travailler avec les groupes de femmes, les femmes influentes, les prestataires de services aux femmes, les réseaux et associations communautaires informels, mais aussi les groupes représentant d'autres populations marginalisées tels que la communauté LGBTQI, les

personnes handicapées et les réfugiés. Les programmes de vaccination doivent non seulement consulter ces groupes et communautés afin d'orienter la conception et la prestation de services, mais aussi prendre des mesures actives pour les équiper des compétences nécessaires et leur fournir des plateformes sûres où ils peuvent faire entendre leurs opinions.

Encadré 4 Agents du changement

Les agents du changement sont des personnes qui influencent les décisions relatives à la vaccination des enfants et jouent un rôle dans la création de la demande de vaccination. Les acteurs suivants sont des agents du changement avec lesquels il faut éventuellement collaborer :

- Les **groupes de femmes** peuvent proposer un espace permettant de créer un réseau d'entraide afin d'encourager le recours aux soins en allégeant les tâches des femmes et en leur libérant une partie du temps consacré aux tâches ménagères ou aux soins aux enfants. Les femmes les plus marginalisées telles que les migrantes, qui ne disposent pas de réseaux d'aide sociale et de liens communautaires, risquent notamment de ne pas pouvoir faire appel aux services de vaccination à cause du manque de ressources. *(24).*
- Les femmes **âgées** peuvent exercer une influence sociale.
- Le **personnel de santé** féminin, notamment les sages-femmes, sont un premier point de contact pour établir la communication et une relation de confiance avec d'autres femmes, notamment lorsque l'interaction entre hommes et femmes est limitée par les normes en vigueur.
- Les **hommes** peuvent être des agents du changement importants en tant qu'aidants (prise de décisions, participation aux soins), en tant qu'usagers des services de santé et des services sociaux (en particulier dans les contextes difficiles tels que les zones de conflits et les camps pour personnes déplacées dans leur propre pays) et en tant que personnes influentes dans la société au sens large, par exemple comme animateurs communautaires, ou encore responsables culturels, religieux ou politiques. Ils peuvent exercer une influence en façonnant les normes liées à l'adhésion à la vaccination et en jouant le rôle d'alliés dans les initiatives d'autonomisation des femmes. *(2)* Les programmes susceptibles de faire évoluer les rôles de genre en autonomisant les femmes grâce à l'amélioration de leurs connaissances, à la prise de décisions et à des avancées sur le plan économique doivent tenir compte du rôle et des intérêts des hommes qui sont des partenaires potentiels dans ces efforts.
- Dans certains contextes, les **responsables religieux** sont des guides moraux de la communauté et ses membres respectent strictement leurs recommandations en matière de santé.
- Les **célébrités**, notamment celles qui sont très présentes sur les réseaux sociaux, peuvent influencer le grand public.

▶▶▶ Liste de mesures ◀◀◀

SOCIÉTÉ CIVILE ET AGENTS DU CHANGEMENT	
☑	Repérer les agents du changement, notamment les groupes de femmes, d'hommes et de jeunes, et les organisations locales informelles, et les inviter à participer à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des services et programmes de vaccination (en particulier dans les régions où la couverture vaccinale est faible). *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*
☑	Conclure des partenariats avec des initiatives s'efforçant de renforcer les capacités et l'auto-efficacité des femmes (par exemple, renforcement des compétences et émancipation économique) afin de faire progresser l'égalité des genres, l'autonomie et la capacité d'action des femmes. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*
☑	Comprendre les dynamiques autour des détenteurs de l'autorité dans différents contextes et prévoir des efforts spécifiques pour les mobiliser. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Réaliser une étude tenant compte des spécificités de genre afin de comprendre les facteurs favorisant le manque d'accès aux soins, la désinformation et la réticence à la vaccination. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Encourager la participation des femmes à parts égales au sein des structures contribuant au développement des capacités locales permettant d'administrer et de gérer le financement de la vaccination mais aussi la planification, le budget, l'approvisionnement et l'administration des vaccins. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*

Stratégie 5 : Mettre en œuvre des actions adaptées aux spécificités de genre pour le personnel de santé

Près de 70 % des agents de santé étant des femmes, *(43)* il est essentiel de mettre l'accent sur les obstacles liés au genre au sein des services de santé, à savoir les inégalités de genre dans la rémunération, l'encadrement et les promotions, et la prévalence du harcèlement sexuel sur le lieu de travail qui nuit au bien-être des agentes de santé, et donc à la qualité des services. Les agentes de santé sont souvent victimes **de préjugés, de discrimination et de harcèlement** au travail, et les agents de santé communautaires sont souvent en bas de l'échelle dans le système de santé où ils ne bénéficient pas d'une reconnaissance, d'une rémunération et d'un encadrement suffisants. *(2)* La discrimination dans le système de santé se traduit également par de la violence physique et sexuelle, des écarts de salaires, des salaires versés de manière irrégulière, l'absence d'emplois formels et l'impossibilité de participer aux tâches de direction et à la prise de décisions. *(44)* L'insécurité et les violences fondées sur le genre limitent la possibilité pour les agentes de santé et les aidantes de réaliser de manière sûre des missions de vaccination de proximité et d'atteindre les dispensaires, ce qui souligne l'importance de la responsabilité collective de protéger le personnel et les usagers.

Bien que les femmes occupent la majorité des emplois dans le secteur de la santé, elles sont sous-représentées dans les postes d'encadrement et de prise de décisions, au niveau local, national et international. Des systèmes de santé efficaces doivent veiller à la parité à tous les niveaux de prise de décisions afin de tenir compte du point de vue des femmes et d'exploiter leur talent. *(45)* **Les femmes qui veillent à la santé de la population du monde entier, y compris à la vaccination, méritent de s'exprimer et d'être rémunérées à parts égales**. En 2020, plus de 70 % des directeurs et présidents de conseils d'administration des organisations mondiales du secteur de la santé étaient des hommes, et seuls 5 % étaient des femmes de pays à revenu faible ou intermédiaire. *(46)* Les possibilités pour les femmes d'accéder à des postes de direction dans le domaine de la santé sont également entravées par d'autres facteurs tels que l'ethnie, l'âge, la classe et l'identité de genre.

▶▶▶ Liste de mesures ◀◀◀

PERSONNEL DE SANTÉ	
☑	Proposer des conditions de travail sûres et décentes aux agents de santé et de vaccination, à tous les niveaux, et notamment une rémunération égale, un encadrement bienveillant et une protection contre le harcèlement sexuel et la violence au travail. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Mettre en place des mécanismes de protection contre le harcèlement sexuel et les autres formes de violence fondée sur le genre et rendre accessible un dispositif de retour d'information/réclamations pour les prestataires de services de vaccination et les usagers. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Rendre la formation à l'égalité des genres obligatoire pour tous les agents de santé (hommes et femmes) ; veiller à l'absence de discrimination envers les femmes lors du recrutement et dans les offres de formation. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*
☑	Évaluer les politiques et les pratiques de ressources humaines et supprimer celles qui sont discriminantes afin de permettre l'évolution professionnelle des agentes de santé. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Créer des mesures incitatives, mettre en place une aide/un mentorat sur le lieu de travail et offrir des possibilités de formation aux agentes de santé afin de faire évoluer leur carrière professionnelle. Envisager la mise en place d'horaires souples ou l'adoption de mesures d'aide à la garde d'enfants *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Mettre en place des mesures, par exemple, des quotas, pour que les femmes soient davantage représentées à tous les niveaux de la prise de décisions et dans le suivi des systèmes de santé locaux, nationaux et mondiaux, notamment au sein des organisations mondiales du domaine de la santé, des groupes consultatifs (par exemple, groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination) et des groupes d'experts. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*

Stratégie 6 : Améliorer la qualité, l'accessibilité et la disponibilité des services

La qualité perçue des soins ainsi que l'acceptabilité et l'accessibilité des services de santé ont des répercussions sur le recours aux services de vaccination, en particulier pour les femmes. **Une communication et des attitudes irrespectueuses, discriminantes et condescendantes de la part du personnel de santé** contribuent à renforcer les stéréotypes de genre existants et les normes traditionnelles. En traitant les adolescentes et les femmes avec dignité, et en leur fournissant des informations complètes, on fait progresser l'égalité des genres et on favorise l'autonomisation des femmes, ce qui améliore le recours aux programmes de vaccination et assure leur pérennité.

Lorsque **le respect de la vie privée et de la confidentialité** est assuré au sein des établissements de santé, les interactions ne sont pas publiques, ce qui permet de ne pas exposer les femmes pauvres à la honte et à la stigmatisation, par exemple concernant l'état de santé de leurs enfants. *(10)* Au Bangladesh, il a été établi que certaines femmes n'avaient pas recours aux services de vaccination par crainte d'être humiliées par l'agent de vaccination qui les « réprimande » lorsqu'elles ont perdu le carnet de vaccination de leur enfant. *(47)* L'équité en matière de santé s'améliore lorsque l'environnement de travail est positif et que l'on renforce les capacités des agents de santé afin qu'ils répondent mieux aux différents besoins des hommes, des femmes, des garçons et des filles. *(19)*

Les services de vaccination sont plus accessibles s'ils sont plus proches des communautés et des lieux souvent fréquentés par les femmes. L'association de la vaccination avec d'autres services de santé (par exemple, santé maternelle et planification familiale) permet de gagner encore plus de temps.

Il est essentiel que les centres de santé disposent d'une quantité suffisante de vaccins pour répondre en continu à la demande. Des services de mauvaise qualité, les ruptures de stock ou l'absence d'agentes de santé peuvent dissuader les femmes de se rendre dans les centres de vaccination lorsqu'elles doivent en contrepartie renoncer à d'autres tâches (corvées domestiques et soins aux enfants, par exemple) pour un coût élevé. Les efforts visant à améliorer la chaîne d'approvisionnement et la gestion des vaccins, et à élargir la chaîne du froid permettront aux femmes de bénéficier de services de vaccination fiables et résoudront en partie les difficultés fréquentes telles que les longs déplacements. *(2)*

▶▶▶ Liste de mesures ◀◀◀

	QUALITÉ
☑	Veiller à ce que les agents de vaccination disposent du temps et de l'encadrement nécessaires pour fournir des services de qualité.
☑	Former les agents de vaccination et les agents de santé à se montrer respectueux, attentifs et empathiques face aux besoins et aux expériences des femmes, des hommes et des jeunes ainsi que des personnes susceptibles d'être stigmatisées ou marginalisées. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Réaliser des enquêtes et des études qualitatives sur la perception des usagers quant à leur expérience de la qualité des soins dans une perspective de genre. *[Activité attentive aux questions de genre]*
☑	Créer un environnement confortable et sûr dans les centres de santé/les postes de vaccination en installant des sièges adaptés, un bon éclairage et des toilettes séparées pour les hommes et les femmes équipés d'une porte pouvant être verrouillée de l'intérieur. *[Activité attentive aux questions de genre]*
☑	Mettre en place une cloison ou des rideaux pour assurer la confidentialité et le respect de la vie privée dans les centres de vaccination, et veiller à ce que le personnel soit formé à ces questions. *[Activité attentive aux questions de genre]*
☑	Veiller à ce que les femmes, les filles, les hommes et les garçons puissent transmettre des retours d'information confidentiels et aient accès à des mécanismes de plainte et de protection sûrs. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Veiller à ce que les équipes de vaccination et les équipes mobiles soient composées à la fois d'hommes et de femmes. Dans de nombreux contextes, il est essentiel de faire appel à un personnel de santé féminin pour la vaccination porte à porte. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*

	DISPONIBILITÉ
☑	Programmer la vaccination à des horaires plus adaptés/plus souples et dans des lieux pratiques pour les femmes et leur famille. Par exemple, créer une file « rapide » et un espace réservé aux aidants qui ne viennent que pour les services de vaccination afin d'éviter les longs délais d'attente ; ouvrir des créneaux de vaccination plus tôt pour les femmes qui travaillent. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Regroupez les services afin que les aidants aient accès aux services de vaccination des enfants et aux services de santé sexuelle et reproductive, aux services de nutrition et/ou à d'autres services au même endroit et au même moment. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*

☑	Fournir des bons de transport et une aide en nature pour faciliter l'accès aux services de santé. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*

ACCESSIBILITÉ	
☑	Choisir l'emplacement des services de manière à répondre aux besoins des aidants et à garantir l'acceptabilité et l'accessibilité des services pour les aidants femmes et hommes, y compris pour les personnes handicapées. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Pour toucher les populations mal desservies, envisager l'installation de postes de vaccination sur les lieux de transit (par exemple, arrêts de bus ou gares), ou sur les lieux très fréquentés (par exemple, marchés ou églises/mosquées) ou fréquentés par les femmes. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Veiller à ce que l'emplacement des services mobiles de proximité soit accessible aux femmes et aux hommes à des moments permettant un accès à parts égales, et s'assurer que les horaires et les lieux de vaccination sont communiqués sur les canaux et les plateformes les plus utilisés par les femmes et les hommes. *[Activité attentive aux questions de genre]*
☑	Lorsque c'est nécessaire, recruter du personnel de sécurité pour accompagner les agents de vaccination ou les personnes chargées de la mobilisation sociale, en première ligne, ou veiller à ce qu'ils interviennent dans des zones sécurisées. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*

Encadré 5 Genre et stratégie pour les enfants

Pour améliorer la couverture et l'équité vaccinales, Vaccination 2030 cherche à élargir les services de vaccination afin d'atteindre les enfants « zéro dose » (qui n'ont pas encore reçu leur première dose de vaccin DTC) ainsi que les enfants et les communautés insuffisamment vaccinés.

Pour toucher ces enfants, il faut toucher les communautés auxquelles ils appartiennent. Ces communautés non protégées constituent de possibles épicentres de flambées épidémiques. Souvent, elles se retrouvent également privées d'autres services de base et souffrent d'inégalités de genre solidement ancrées.

Les deux tiers des enfants « zéro dose » appartiennent à un foyer survivant avec moins de 1,90 dollar des États-Unis par jour, le seuil international de pauvreté. Leurs mères sont deux fois plus nombreuses à ne pas bénéficier de soins prénatals et à accoucher sans la présence de personnel qualifié. Leur domicile est plus souvent dépourvu d'accès à de l'eau propre et à l'assainissement. L'absence de vaccination ne constitue qu'un problème parmi d'autres. Près de la moitié des enfants « zéro dose » vivent dans trois grands contextes géographiques : les zones urbaines, les communautés isolées et les situations de conflit. Dans chacun de ces contextes, on observe des obstacles liés au genre spécifiques.

La stratégie pour les enfants « zéro dose » permet d'augmenter la visibilité des groupes et des communautés marginalisés et exclus, et peut servir de point de départ au renforcement des principaux services, qu'il s'agisse de la vaccination ou d'autres services.

Il n'existe pas de méthode unique pour toucher ces communautés oubliées. Les stratégies varient d'un pays à

l'autre, et, au sein d'un même pays, en fonction des contextes et des situations. L'augmentation de la couverture vaccinale nécessite de la souplesse, des innovations et une expertise dans plusieurs disciplines. L'analyse des questions de genre et les stratégies adaptées aux spécificités de genre jouent un rôle clé.

Pour en savoir plus sur les enfants « zéro dose »:
https://www.gavi.org/vaccineswork/zero-dose-child-explained
http://www.immunizationagenda2030.org/strategic-priorities/coverage-equity
https://sites.google.com/view/erg4immunisation/products

Stratégie 7 : Intégrer les services et favoriser la collaboration entre les secteurs

La création de **liens avec d'autres interventions dans le domaine de la santé ou d'autres secteurs** peut améliorer la couverture vaccinale tout au long de la vie et faire progresser l'égalité de genres. Les programmes de vaccination peuvent constituer de bons points de départ pour améliorer l'accès aux autres services de soins de santé primaires et d'éducation. Le regroupement de services permet de bénéficier d'une plus large couverture et offre la possibilité de lutter contre les obstacles liés au genre et les inégalités de genre. En outre, l'intégration est essentielle pour garantir une prestation de service de qualité et rentable dans le cadre de la transition vers la CSU.

Le vaccin anti-PVH et d'autres vaccins qui viennent s'ajouter au calendrier vaccinal habituel nécessitent de nouvelles stratégies tenant compte **des besoins spécifiques à différents âges de la vie**. Les soins intégrés sont bénéfiques en particulier pour les adolescents et adolescentes, et pour les femmes enceintes. Ainsi, le PVH cause le cancer du col de l'utérus, quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes. L'OMS recommande que la vaccination anti-PVH cible principalement les adolescentes de 9 à 14 ans. *(48)* Une communication à l'attention des mères et des filles, qui intègre les services de dépistage du cancer du col, associée à des annonces sur l'importance de la vaccination anti-PVH motive les patientes à compléter leur schéma vaccinal. Pour les garçons adolescents, il est possible de proposer un vaccin Td ou des séances d'éducation à la santé (tandis que les filles peuvent recevoir le vaccin Td en même temps que le vaccin anti-PVH).

L'analyse des questions de genre qui permet de comprendre les différents besoins et vulnérabilités des personnes contribue à cibler efficacement les interventions. Ainsi, l'accent ayant été mis sur l'élimination du tétanos maternel et néonatal, l'incidence du tétanos et la mortalité due à cette maladie chez les hommes ont fait l'objet de moins d'attention. En Afrique subsaharienne, des cas de tétanos suivant une circoncision masculine

Perspective de genre :

La mise sur le marché du vaccin anti-PVH et d'autres vaccins qui viennent s'ajouter au calendrier vaccinal traditionnel nécessite de réfléchir au-delà de l'enfance et de considérer l'administration de vaccins sur l'ensemble du parcours de vie. L'adolescence est une période où il est possible de compenser les inégalités subies plus jeunes et d'améliorer les résultats sanitaires à court terme et pour l'âge adulte. La vaccination des femmes par l'AT pendant la grossesse constitue un facteur prédictif constant de la vaccination de l'enfant. De la même manière, la vaccination régulière des jeunes filles et des femmes de l'adolescence à l'âge de la procréation pourrait créer un cercle vertueux d'adhésion, de connaissance quant à l'importance de la vaccination et, en définitive, de recours à la vaccination, ce qui pourrait augmenter la couverture vaccinale des enfants.

Source : A gender lens to advance gender equity in immunization. Equity Reference Group for Immunization (2018).

médicale volontaire ont mis en évidence le déséquilibre hommes-femmes en matière de morbidité du tétanos, une maladie qui touche les hommes de manièredisproportionnée puisque les femmes sont souvent vaccinées lors des consultations prénatales. Ainsi, la priorité doit être accordée à l'intégration dans les programmes nationaux d'une vaccination de rappel contre le tétanos pour les garçons et les hommes et au développement de la couverture grâce à l'intégration de la vaccination à d'autres services fréquentés par les hommes. *(49)*

L'intégration des soins associée à une approche fondée sur le parcours de vie peut contribuer à augmenter la couverture vaccinale, à réduire les taux de mortalité et de morbidité maternelle, à améliorer les connaissances des femmes, des hommes, des filles et des garçons concernant la santé reproductive et les droits connexes, et à favoriser l'équité d'accès à l'éducation ainsi que la transformation des normes et des rôles de genre néfastes. Les partenariats avec d'autres programmes de santé tels que les programmes de lutte contre le VIH/sida ou le paludisme, les programmes de santé reproductive et sexuelle, les programmes WASH (eau, assainissement et hygiène) et les programmes de nutrition, mais aussi les partenariats avec d'autres secteurs qui mettent l'accent, par exemple, sur l'éducation, la protection (notamment contre la violence fondée sur le genre) et l'émancipation économique peuvent être intégrés à des stratégies complètes permettant d'élargir la couverture vaccinale.

▶▶▶ Liste de mesures ◀◀◀

INTÉGRATION DES SERVICES	
☑	Établir des partenariats au-delà du secteur de la santé afin d'intégrer les informations relatives à la vaccination tout au long de la vie aux programmes éducatifs publics, aux programmes d'autonomisation des femmes au niveau local et national, aux activités génératrices de revenus, aux institutions religieuses, aux interventions de protection, d'éducation et de nutrition, aux initiatives du secteur privé, etc. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*
☑	Intégrer la vaccination à d'autres programmes de santé, d'éducation, et de protection sociale ou à d'autres services auxquels les communautés/les femmes font confiance et participent pleinement afin de lutter contre les obstacles liés au genre et de développer au maximum les occasions de vaccination (par exemple, associer la vaccination anti-PVH à l'administration d'une dose de rappel contre le tétanos ; établir des partenariats avec les programmes de lutte contre le VIH et le paludisme, les programmes WASH, et les programmes de nutrition, ou encore avec les services de santé sexuelle et reproductive, et les services de santé maternelle et infantile). *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Soutenir les procédures d'orientation et former les agents de vaccination afin qu'ils orientent les usagers vers les services d'aide médicale, juridique et psychosociale existants pour les survivants des violences fondées sur le genre. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Soutenir l'enregistrement/l'inscription à l'état civil et les systèmes de statistiques de l'état civil, et établir un lien entre ces services et les services de vaccination – vaccin contre l'hépatite B et vaccin BCG (bacille Calmette-Guérin) administrés à la naissance – afin de garantir l'enregistrement officiel des naissances des garçons et des filles. *[Activité attentive aux questions de genre]*
☑	Encourager les changements législatifs ou les modifications de politiques vaccinales afin que la tranche d'âge cible s'étende au-delà de la petite enfance, ce qui permet d'effectuer une vaccination de rattrapage dans tous les groupes vulnérables, notamment chez les garçons et les hommes dans certains contextes. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Réaliser des recherches opérationnelles ainsi que des études sociales et comportementales afin de produire des données probantes pour une prestation efficace d'ensembles intégrés et coordonnés de services de vaccination qui réponde aux différents besoins des femmes, des filles, des garçons et des hommes. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*

Stratégie 8 : Mettre en œuvre des services de vaccination adaptés aux spécificités de genre dans les situations d'urgence

Les situations d'urgence telles que les flambées épidémiques, les catastrophes et les conflits ont des répercussions différentes pour les femmes, les filles, les garçons et les hommes. Pour être efficaces, **les services de vaccination doivent s'adapter et correspondre aux différents besoins, priorités, capacités et rôles des personnes dans les situations d'urgence**. Puisque 40 % des enfants non vaccinés dans le monde vivent dans un pays touché par un conflit ou dans une situation fragile de crise humanitaire, il est essentiel de cibler ces enfants pour lutter contre les inégalités et atteindre les enfants « zéro dose ».

Dans les situations d'urgence, les enfants sont parfois privés d'éducation, et les adolescentes sont touchées de manière disproportionnée par ce phénomène. Elles n'ont ainsi plus accès aux programmes de vaccination en milieu scolaire. C'est souvent aux adolescentes et aux femmes qu'incombe la responsabilité de s'occuper des enfants et des personnes âgées, et les contraintes de distance et de temps qui viennent s'ajouter à l'insécurité deviennent alors des obstacles majeurs à l'accès aux services de santé. Les migrations et les déplacements liés aux conflits peuvent entraîner une augmentation des ménages monoparentaux, ce qui accroît la charge de travail des femmes et complique l'accès aux services pour elles et pour leurs enfants. On sait que les situations d'urgence augmentent la prévalence des violences fondées sur le genre, de l'exploitation sexuelle et des grossesses non désirées dans des contextes où les soins sont souvent limités et les ressources détournées. *(50)*

Perspective de genre :

Pendant la crise provoquée par Ebola en Sierra Leone, plus de 18 000 jeunes filles sont tombées enceintes. Les filles étaient vulnérables à la grossesse, non seulement à cause de la limitation des services et de l'information en matière de santé sexuelle et reproductive, et de la crainte répandue d'une infection par le personnel de santé, mais aussi parce que les systèmes de protection sociale se sont effondrés et que la violence fondée sur le genre a augmenté. En Sierra Leone, il est interdit aux filles de fréquenter l'école si leur grossesse est visible. Les adolescentes enceintes sont ainsi contraintes d'abandonner leur scolarité. L'absence d'accès à l'école et à des soins de santé reproductive adaptés, notamment des soins prénatals et postnatals, a également eu des répercussions sur leur accès aux services de santé essentiels, en particulier la vaccination.

Pour en savoir plus :
https://www.unfpa.org/fr/news/un-apres-la-fin-debola-les-sages-femmes-contribuent-la-reparation-du-systeme-de-sante-en
https://gh.bmj.com/content/1/3/e000065

Si elles sont indispensables dans tous les contextes, la mobilisation communautaire et l'action locale le sont encore plus dans les situations d'urgence pour garantir que les personnes qui en ont besoin ont accès à des informations précises et à des services en temps voulu. Les agents de santé communautaires, les responsables communautaires et religieux peuvent s'avérer d'importants agents du changement en soutien à la vaccination.

Lorsque la planification et les interventions d'urgence ignorent les questions de genre, elles risquent d'enraciner les normes et les attentes de genre, ce qui a des répercussions négatives sur les femmes et les autres groupes marginalisés. **Les activités de vaccination en situation d'urgence offrent une plateforme pour apporter une aide supplémentaire aux plus vulnérables**. Si les urgences humanitaires accentuent parfois les discriminations et exacerbent les risques existants, les crises sont également l'occasion de lutter contre les inégalités et de favoriser les changements en profondeur. Ainsi, en aidant les femmes et les organisations de femmes à jouer un rôle actif dans la planification et la mise en œuvre des activités de vaccination, il est possible de faire véritablement évoluer les choses.

▶▶▶ Liste de mesures ◀◀◀

	SITUATIONS D'URGENCE
☑	Sélectionner le même nombre d'hommes et de femmes lors de la composition des équipes d'évaluation en cas de flambée épidémique/de catastrophe afin de garantir l'accès à toutes les personnes. Lorsque c'est possible, intégrer un spécialiste du genre et de la protection à l'équipe. [Activité ciblant spécifiquement un genre]
☑	Consulter Le guide des genres pour les actions humanitaires *(50)* et le document Guidelines for integrating gender-based violence interventions in humanitarian action *(51)* du Comité permanent interorganisations (CPI) pour obtenir des conseils sur l'analyse des questions de genre, la planification et l'action dans ce domaine. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Proposer des points d'accès sûrs pour la vaccination, et des lieux de vaccination mieux répartis afin de réduire les distances à parcourir, ou proposer des vaccins dans les lieux souvent fréquentés par les femmes, tels que les marchés. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Établir un lien entre la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes, et les programmes de protection contre la violence/d'atténuation de la violence. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Veiller à ce que les données ventilées par sexe, par âge et fonction d'autres variables soient régulièrement recueillies et analysées dans toutes les évaluations et enquêtes d'urgence. *[Activité attentive aux questions de genre]*
☑	Effectuer une analyse en temps réel des flambées épidémiques dans une perspective de genre afin d'orienter des ripostes et interventions futures proposées en temps opportun. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Associer les femmes à la conception des documents pédagogiques sur la vaccination afin de s'assurer qu'ils sont adaptés au contexte local, notamment lorsqu'il s'agit de s'adresser à des populations marginalisées (par exemple, minorités). *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*
☑	Associer les hommes, notamment les responsables communautaires et les pères, aux activités de sensibilisation sur la santé de l'enfant. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*

Encadré 6 COVID-19

Au lendemain de grandes flambées épidémiques telles que celles d'Ebola, de maladie à virus Zika et de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), il est apparu clairement que les épidémies ont souvent un impact disproportionné sur les femmes, les filles et les groupes vulnérables ou exposés à un risque plus élevé (par exemple, les personnes LGBTQI, séropositives pour le VIH, handicapées et réfugiées). Lorsque les questions de genre ne sont pas explicitement prises en compte dans les ripostes d'urgence aux épidémies, les besoins spécifiques liés au genre sont systématiquement ignorés. Les acteurs mondiaux du genre et de la santé ont fortement recommandé aux gouvernements d'adopter une perspective de genre dans leur riposte à la COVID-19. Pourtant, la pandémie de COVID-19 a enraciné les inégalités mondiales et sociales, aggravant les inégalités de genre. Cela a renforcé les obstacles liés au genre dans l'accès à la vaccination et aux soins de santé. Toutefois, alors que les pays commencent à se relever de la pandémie et s'efforcent de maintenir, de renforcer et de remettre sur pied leurs systèmes de santé et leurs services de vaccination systématique, les systèmes de santé ont la possibilité d'adopter une stratégie adaptée aux spécificités de genre et faisant évoluer les rapports de genre pour leurs programmes de vaccination.

Pour en savoir plus sur la COVID-19 et le genre :

- ***Gender and COVID-19 advocacy brief (WHO 2020)*** (en anglais)
  https://apps.who.int/iris/handle/10665/332241

- ***Five actions for gender equality in the coronavirus disease (COVID-19) response (UNICEF 2021)*** (en anglais)
  https://www.unicef.org/documents/five-actions-gender-equality-coronavirus-disease-covid-19-response-technical-note

- ***The sex, gender and COVID-19 project (Global Health 50/50 2021)*** (en anglais)
  https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project

- **The Vaccine Alliance guidance on gender barriers in the context of COVID-19 (Gavi 2021)** (en anglais)
  https://www.gavi.org/sites/default/files/about/Strategy/Gavi_Guidance-to-address-gender-barriers-in-MRS-immunisation_ENG.pdf

- ***Gender Analysis and COVID-19 Matrix (Gender & Covid-19 Working Group 2021)*** (en anglais)
  https://www.genderandcovid-19.org/matrix

- ***Guidance note and checklist for tackling gender-related barriers to COVID-19 vaccine deployment (Gender & Health Hub 2021)*** (en anglais)
  https://www.genderhealthhub.org/articles/guidance-note-and-checklist-for-tackling-gender-related-barriers-to-equitable-covid-19-vaccine-deployment

- ***Time for Action: towards an intersectional gender approach to COVID-19 vaccine development and deployment to leave no one behind*** (en anglais)
  https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34389628

- ***A Systematic Review of the Sex and Gender Reporting in COVID-19 Clinical Trial*** (en anglais)
  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8622702

Stratégie 9 : Adopter une perspective de genre dans la recherche et l'innovation

Vaccination 2030 s'engage à définir les objectifs de recherche sur les vaccins et les priorités pour l'innovation en fonction des besoins des communautés, en particulier pour les populations mal desservies. Dans le cadre de ce processus, il est essentiel que la voix des femmes et des hommes soit entendue. La recherche sur les vaccins et le développement de ceux-ci doivent tenir compte du sexe et du genre des individus lorsqu'il s'agit de mettre au point des vaccins candidats et de tester leur sécurité et leur efficacité, mais aussi d'établir un ordre de priorité pour le développement et le déploiement des produits. Pour déterminer l'utilité d'un produit, il convient de tenir compte de sa capacité à lutter contre les inégalités de genre, par exemple lorsque la charge de morbidité est plus élevée pour un sexe (hépatite E chez les femmes enceintes, par exemple) ou lorsqu'un groupe vulnérable n'est pas vacciné en raison de décisions prises lors de la phase de développement, comme cela a été le cas lors du premier déploiement du vaccin contre Ebola qui excluait les femmes enceintes. (*52, 53*) **La recherche opérationnelle adaptée aux spécificités de genre et d'autres formes d'apprentissage doivent être soutenues**.

L'innovation en matière de produits et de processus permet d'améliorer la vaccination des populations mal desservies et marginalisées. Les vaccins en CTC (chaîne à température contrôlée) qui permettent de vacciner les nouveau-nés ou les femmes enceintes dans les endroits reculés, ou les technologies électroniques d'enregistrement des naissances permettant de suivre les enfants tout au long de leur vie, constituent des exemples d'innovation dans le domaine de la vaccination.

▶▶▶ Liste de mesures ◀◀◀

	RECHERCHE & INNOVATION
☑	Étudier les différences en matière d'immunologie et de réactions aux vaccins en fonction du sexe, en mettant notamment l'accent sur les données de sécurité et d'efficacité pendant la grossesse, dans le cadre de la recherche sur les vaccins et du développement de ceux-ci. *(52)* *[Activité attentive aux questions de genre]*
☑	Veiller à ce que les essais de vaccins soient conçus pour faciliter la participation des femmes et des hommes, y compris de groupes spécifiques tels que les femmes enceintes et allaitant au sein. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Renforcer les capacités locales permettant de mener une recherche opérationnelle visant à recenser les interventions et les nouvelles technologies qui augmentent la couverture vaccinale et l'équité, et soutenir les solutions personnalisées pour lutter contre les inégalités et les obstacles liés au genre. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Partager les enseignements tirés sur les nouvelles technologies, les services et les pratiques permettant de lutter contre les obstacles liés au genre. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*

CHAPITRE 5

Chapitre 5 :
Voie à suivre – Engagement et responsabilité

Pour améliorer la qualité et les performances des programmes de vaccination, une volonté ferme de **placer l'égalité des genres au centre de ces programmes**, et de garantir une participation et des bénéfices équitables pour les femmes, les hommes, les filles et les garçons est essentielle. Les responsables, les groupes, les porte-parole et les parties prenantes doivent rendre des comptes pour faire progresser la prise en compte des questions de genre et favoriser le changement grâce à un financement pérenne au niveau mondial, national et infranational.

Il est indispensable de renforcer la **volonté politique** en faveur de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes. Il faut encourager les responsables à accorder la priorité aux aspects de la vaccination liés au genre dans la planification stratégique et opérationnelle, mais aussi dans les politiques fiscales et les instruments législatifs. Pour pérenniser les progrès et institutionnaliser les efforts de lutte contre les obstacles liés au genre, un solide leadership est nécessaire afin de prôner l'égalité des genres et l'équité au sein des plateformes et des processus politiques mondiaux, régionaux et nationaux. Les processus de budgétisation et le **financement** de la vaccination doivent prendre en compte la nécessité de lutter contre les obstacles liés au genre. Souvent, les budgets ne sont pas conçus pour tenir compte des spécificités de genre. La prise en compte des questions de genre et des obstacles liés au genre passe alors au second plan et est difficile à mettre en place par la suite.

Pour garantir la **responsabilité en matière de résultats** quant à des programmes de vaccination adaptés aux spécificités de genre, il convient de concevoir et de suivre des cadres de responsabilisation. Il peut par exemple s'agir d'intégrer l'utilisation obligatoire de marqueurs de genre par les donateurs dans les demandes de budget pour les programmes de vaccination ou d'établir un partenariat avec des groupes de femmes pour faciliter la responsabilisation sociale et la présentation régulière des résultats obtenus en matière de lutte contre les obstacles liés au genre. Les organisations mondiales doivent régulièrement rendre publiques les informations relatives au respect de leurs engagements en matière d'égalité des genres dans les rapports sur les progrès de la vaccination. Il convient d'apporter un soutien aux stratégies nationales de vaccination afin qu'elles intègrent une analyse des questions de genre et des indicateurs pour lutter contre les obstacles liés au genre dans différents contextes.

Bien que la majorité des soins soient assurés par des femmes, le secteur de la santé reste en grande partie piloté par les hommes, à l'échelon national et mondial. C'est le cas également pour la vaccination. Pour que les services de vaccination s'adaptent aux spécificités de genre et luttent contre les inégalités dans ce domaine, il est indispensable d'augmenter le nombre de femmes occupant les plus hauts postes à responsabilité dans le secteur de la santé. En effet, les femmes de pays à revenu faible ou intermédiaire ne représentent que 5 % des responsables mondiaux de la santé. *(46)* Les groupes consultatifs sur la vaccination ainsi que les organismes techniques et les organes de gouvernance doivent prendre des mesures fermes pour lutter contre le déséquilibre hommes-femmes qui subsiste actuellement aux plus hauts niveaux d'encadrement, et doivent militer en faveur d' une pleine participation des femmes sur un pied d'égalité à la prise de décisions en matière de santé.

Perspective de genre :

En raison du manque de données, les politiques en matière de genre souffrent d'angles morts importants. Seules 21 % des données nécessaires pour suivre les cibles des ODD liées au genre sont actuellement disponibles.

Source : data2x.org.

En favorisant une programmation adaptée aux spécificités de genre qui fait évoluer les rapports de genre grâce à des engagements soutenus et à une responsabilisation pérennée, on renforce les programmes de vaccination et les systèmes de santé tout en contribuant à la progression vers la réalisation des objectifs plus larges d'égalité des genres et d'autonomisation des femmes afin d'améliorer la santé de toutes et tous.

▶▶▶ Liste de mesures ◀◀◀

ENGAGEMENT ET RESPONSABILITÉ	
☑	Exiger une participation des femmes sur un pied d'égalité aux plus hauts niveaux de la prise de décisions et de la planification, et renforcer les capacités des femmes, le cas échéant, afin qu'elles puissent occuper ces postes avec succès. [Activité faisant évoluer les rapports de genre]
☑	Renforcer les engagements vis-à-vis de l'égalité des genres en exerçant un leadership visible et créer un front uni sur les questions de genre en faisant appel de manière stratégique à des porte-parole du genre au niveau mondial, régional, national, infranational et communautaire. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*
☑	Renforcer les capacités des parties prenantes de la vaccination au niveau mondial et national concernant l'importance de la lutte contre les obstacles liés au genre ; intégrer les possibilités d'apprentissage aux activités de renforcement des capacités liées à la vaccination lorsque c'est possible. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Intégrer des critères spécifiques au genre aux examens des données probantes par les groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux sur la vaccination afin de garantir l'adoption d'une perspective de genre lors de la formulation des recommandations pour les politiques de vaccination. Assurer l'équilibre hommes-femmes dans la composition de tous les comités consultatifs de ce type. *[Activité faisant évoluer les rapports de genre]*
☑	Intégrer l'égalité des genres à la stratégie nationale de vaccination et rendre obligatoire la communication d'informations quant au respect des engagements en matière d'égalité des genres (par exemple, ODD 5) dans les rapports et comptes-rendus sur les progrès de la vaccination (au niveau national et mondial). *[Activité attentive aux questions de genre]*
☑	Ajouter la prise en compte des questions de genre dans l'évaluation par les donateurs des demandes de financement pour les programmes de vaccination, et intégrer des mesures incitatives au financement de programmes adaptés aux spécificités de genre. *[Activité ciblant spécifiquement un genre]*
☑	Veiller à ce que le financement/les budgets alloués à la vaccination et les stratégies en la matière, notamment les stratégies nationales de vaccination, s'inscrivent dans une perspective de genre. *[Activité attentive aux questions de genre]*

Conclusion : Accélérer les progrès pour 2030

L'égalité des genres conduit à de meilleurs résultats pour chacun de nous, où que nous vivions. Pour que les progrès réalisés correspondent aux objectifs du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, les décideurs et les praticiens de la vaccination ne peuvent pas ignorer l'importance de l'intégration d'une perspective de genre dans l'ensemble du cycle : des politiques au suivi et à l'évaluation des services, en passant par la gestion, la conception et la mise en œuvre des systèmes de vaccination.

Il faut garantir l'adoption d'une perspective de genre à toutes les étapes permettant d'atteindre les objectifs de Vaccination 2030. Sans une action en faveur de la vaccination adaptée aux spécificités de genre, il sera difficile d'atteindre nos buts.

Dans le présent document, nous avons décrit les obstacles liés au genre dans l'élargissement de la couverture vaccinale tout au long de la vie, et suggéré des mesures essentielles permettant de lutter contre ces obstacles et de les supprimer. Ce document constitue un guide. Toutefois, pour intégrer avec succès une perspective de genre, des changements sont nécessaires au sein des organisations qui mettent en œuvre et soutiennent les programmes de vaccination. En matière d'égalité des genres, nous devons montrer l'exemple et veiller à ce que nos propres politiques et systèmes internes incarnent concrètement cette valeur.

En conjuguant nos efforts, nous pouvons concrétiser la vision du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 : un monde dans lequel chaque individu, où qu'il se trouve, quel que soit son âge, bénéficie pleinement des vaccins pour sa santé et son bien-être.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport du Conseil économique et social pour 1997. New York. ONU-Femmes, 1997 (https://www.unwomen.org/en/how-we-work/un-system-coordination/gender-mainstreaming, consulté le 8 juillet 2021).
2. Feletto M, Sharkey A, Rowley E, Gurley N, Sinha A. A gender lens to advance equity in immunization. ERG discussion paper 05. New York: Equity Reference Group for Immunization; 2018 (https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers, consulté le 8 juillet 2021).
3. Ozawa S, Clark S, Portnoy A, Grewal S, Brenzel L, Walker DG. Return on investment from childhood immunization in low- and middle-income countries, 2011–20. Health Affairs. 2016; 35:199–207 (https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2015.1086, consulté le 8 juillet 2021).
4. Sim SY, Watts E, Constenla D, Brenzel L, Patenaude BN. Return on investment from immunization against 10 pathogens in 94 low- and middle-income countries. Health Affairs. 2020;39(8):1343–53 (https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2020.00103, consulté le 8 juillet 2021)..
5. Onarheim KH, Iversen JH, Bloom DE. Economic benefits of investing in women's health: a systematic review. PLoS One. 2016;11(3): e0150120 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4814064, consulté le 8 juillet 2021).
6. Saving the lives of mothers and newborns in Afghanistan. Afghanistan newborn health situation analysis. London: Save the Children; 2008 (https://resourcecentre.savethechildren.net/node/6388/pdf/6388.pdf, consulté le 8 juillet 2021).
7. Handicap et santé. In: OMS/Centre des médias/Principaux repères (site Web). Genève. Organisation mondiale de la Santé; 2021 (https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health, consulté le 8 juillet 2021).
8. Rowe D, Ng YC, O' Keefe L, Crawford D. Providers' attitudes and knowledge of lesbian, gay, bisexual, and transgender health. Fed Pract. 2017;34(11):28–34 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6370394/, consulté le 8 juillet 2021).
9. Agenda 2030 pour la santé et le bien-être de la communauté LGBTI. Astoria (NY). Forum mondial sur les HSH et le VIH et OutRight Action (https://outrightinternational.org/sites/default/files/sdg2030_05052017_0.pdf, consulté le 8 juillet 2021).
10. Feletto M, Sharkey A. The influence of gender on immunisation: using an ecological framework to examine intersecting inequities and pathways to change. BMJ Glob Health. 2019;4(5): e001711 (https://gh.bmj.com/content/4/5/e001711, consulté le 8 juillet 2021).
11. Kravdal Ø. Child mortality in India: the community-level effect of education. Popul Stud. 2004; 58:177–92 (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15204252/, consulté le 8 juillet 2021).
12. Parashar S. Moving beyond the mother-child dyad: women's education, child immunization, and the importance of context in rural India. Soc Sci Med. 2005;61(5):989–1000 (https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953605000225, consulté le 8 juillet 2021).
13. Rainey JJ, Watkins M, Ryman TK, Sandhu P, Bo A, Banerjee K. Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low and middle income countries: findings from a systematic review of the published literature, 1999–2009. Vaccine. 2011;29(46):8215–21 (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X11013661, consulté le 8 juillet 2021).
14. Balogun SA, Yusuff HA, Yusuf KQ, Al-Shenqiti AM, Balogun MT, Tettey P. Maternal education and child immunization: the mediating roles of maternal literacy and socioeconomic status. Pan African Med J. 2017; 26:217 (https://panafrican-med-journal.com/content/article/26/217/full/, consulté le 8 juillet 2021).
15. Vikram K, Vanneman R, Desao S. Linkages between maternal education and childhood immunization in India. Soc Sci Med. 2012;75(2):331–9 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495071/, consulté le 8 juillet 2021).
16. Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward. Madrid Statement. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf, consulté le 8 juillet 2021).
17. Sanneving L, Trygg N, Saxena D, Mavalankar D, Thomsen S. Inequity in India: the case of maternal and reproductive health. Glob Health Action. 2013; 6(1):19145 (https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.19145, consulté le 8 juillet 2021).
18. Muralidharan A, Fehringer J, Pappa S, Rottach E, Das M, Mandal M. Transforming gender norms, roles, and power dynamics for better health: evidence from a systematic review of gender-integrated health programs in low- and middle-income countries. Washington (DC): Futures Group, Health Policy Project; 2015

(https://www.healthpolicyproject.com/pubs/381_GPMIndiaSummaryReport.pdf, consulté le 8 juillet 2021).
19. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Increasing access to health care services in Afghanistan with gender-sensitive health service delivery. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2013_EN_1585.pdf?ua=1, consulté le 8 juillet 2021).
20. Olorunsaiye CZ, Degge H. Variations in the uptake of routine immunization in Nigeria: examining determinants of inequitable access. Glob Health Commun. 2016;2(1):19–29 (https://doi.org/10.1080/23762004.2016.1206780, consulté le 11 juillet 2021).
21. Desai S, Johnson K. Women's decision-making and child health: familial and social hierarchies. In: Kishor S, editor. A focus on gender: collected papers on gender using DHS data. Calverton (MD): ORC Macro; 2005:55–68 (https://dhsprogram.com/pubs/pdf/OD32/OD32.pdf#page=61, consulté le 11 juillet 2021).
22. Ebot JO. "Girl Power!" the relationship between women's autonomy and children's immunization coverage in Ethiopia. J Health Popul Nutr. 2015; 33:18 (https://doi.org/10.1186/s41043-015-0028-7, consulté le 11 juillet 2021).
23. Samar S, Aqil A, Vogel J, Wentzel L, Haqmal S, Matsunaga E et al. Towards gender equality in health in Afghanistan. Glob Public Health. 2014;9(1): S76–92 (https://doi.org/10.1080/17441692.2014.913072, consulté le 11 juillet 2021).
24. Merten S, Hilber AM, Biaggi C, Secula F, Bosch-Capblanch X, Mangyal P et al. Gender determinants of vaccination status in children: evidence from a meta-ethnographic systematic review. PLoS ONE. 2015;10(8): e0135222 (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135222, consulté le 11 juillet 2021).
25. Instantané – Égalité des sexes : le point sur les droits des femmes 25 ans après Beijing. In: ONU-Femmes/publications [site Web]. New York: ONU-Femmes, 2020 (https://www.unwomen.org/fr/digital-library/publications/2020/03/womens-rights-in-review, consulté le 11 juillet 2021)
26. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Stratégie pour l' égalité des genres 2019–2023. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2019 (hhttps://apps.who.int/iris/handle/10665/333650, consulté le 11 juillet 2021).
27. Gammino VM, Nuhu A, Gerber S, Gasasira A, Sugerman DE, Manneh F et al. An evaluation of polio supplemental immunization activities in Kano, Katsina, and Zamfara States, Nigeria: lessons in progress. J Infect Dis. 2014;210(1): S91–97 (https://doi.org/10.1093/infdis/jiu228, consulté le 11 juillet 2021).
28. Global Polio Eradication Initiative. Technical brief: gender. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/07/GPEI-Gender-Technical-Brief-2018.pdf, consulté le 11 juillet 2021).
29. Violence à l'encore des femmes : Principaux faits. In: OMS/Centre des médias/Principaux repères (site Web). Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2017 (https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women, consulté le 8 juillet 2021).
30. Hasan MM, Haque ME, Hossain MA, Bari W. Impact of intimate partners' violence against women on immunization status of children in Bangladesh. Dhaka Univ J Sci. 2015;63(1):9–14 (https://doi.org/10.3329/dujs.v63i1.21760, consulté le 11 juillet 2021).
31. Umubyeyi A, Persson M, Mogren I, Krantz G. Gender inequality prevents abused women from seeking care despite protection given in gender-based violence legislation: a qualitative study from Rwanda. PLoS ONE. 2016;11(5): e0154540 (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154540, consulté le 11 juillet 2021).
32. Mariage d'enfants. In: UNFPA/Notre travail [site Web]. New York. Fonds des Nations Unies pour la population, 2020 (https://www.unfpa.org/fr/mariage-denfants, consulté le 11 juillet 2021)..
33. Mariages précoces, grossesses chez les adolescentes et les jeunes femmes. Rapport du Secrétariat. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2011 (EB 130/12 (EB 130/12; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_12-fr.pdf, consulté le 8 juillet 2021).
34. Delprato M, Akyeampong K. The effect of early marriage timing on women's and children's health in sub-Saharan Africa and Southwest Asia. Ann Glob Health. 2017;83(3–4):557–67 (http://doi.org/10.1016/j.aogh.2017.10.005, consulté le 11 juillet 2021).

35. Guilmoto CZ. The sex ratio transition in Asia. Popul Dev Rev. 2009;35(3):519–49 (https://www.jstor.org/stable/25593663, consulté le 11 juillet 2021).
36. Claeson M, Bos ER, Mawji T, Pathmanathan I. Reducing child mortality in India in the new millennium. Bull World Health Organ. 2000;78(10):1192–9 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/268001/PMC2560624.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 11 juillet 2021).
37. Gender-responsive assessment scale: criteria for assessing programmes and policies. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501064_eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y, consulté le 11 juillet 2021).
38. A focus on "zero dose" children: key issues for consideration. ERG discussion paper 09. New York: Equity Reference Group for Immunization; 2020 (https://drive.google.com/file/d/1lQpyAD_NeBVQIfJDW6kLTFWlq4reAZIU/view, consulté le 11 juillet 2021).
39. Gender-responsive communication for development: guidance, tools and resources. Kathmandu: UNICEF South Asia; 2018 (https://www.unicef.org/rosa/reports/gender-responsive-communication-development-0, consulté le 11 juillet 2021).
40. Swiss Centre for International Health. Gender and Immunisation: Summary report for SAGE. 2010. (https://www.who.int/immunization/sage/1_immunization_gender_reports_without_graphics.pdf)
41. Östlin P, Eckermann E, Mishra US, Nkowane M, Wallstam E. Gender and health promotion: a multisectoral policy approach. Health Promot Int. 2006; 21(S1):25–35 (https://doi.org/10.1093/heapro/dal048, consulté le 11 juillet 2021).
42. Babirye JN, Rutebemberwa E, Kiguli J, Wamani H, Nuwaha F, Engebretsen IMS. More support for mothers: a qualitative study on factors affecting immunisation behaviour in Kampala, Uganda. BMC Pub Health. 2011; 11:723 (https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-723, consulté le 11 juillet 2021).
43. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Working paper 1. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?ua=1, consulté le 11 juillet 2021).
44. Mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins – Déclaration conjointe des Nations Unies. In: OMS/Communiqué de presse [site Web]. Genève. Organisation mondiale de la Santé, (https://www.who.int/fr/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings, consulté le 11 juillet 2021).
45. All roads lead to universal health coverage and women will deliver it. In: WGH/Gender Equality & Universal Health Coverage [website]. Hayward (CA): Women in Global Health; 2017 (https://www.womeningh.org/uhc-gender-equality, consulté le 11 juillet 2021)..
46. Power, privilege and priorities. Global health 50/50 report 2020. London: Global Health 50/50; 2020 (https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf, consulté le 11 juillet 2021).
47. Jones N, Walsh C, Buse K. Gender and immunisation: abridged report. London: Overseas Development Institute; 2008 (https://odi.org/en/publications/gender-and-immunisation-abridged-report/, accessed 11 July 2021).
48. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. Wkly Epidemiol Rec. 2017; 92:241–68 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255353/WER9219.pdf?sequence=1, consulté le 11 juillet 2021).
49. Dalai S, Samuelson J, Reed J, Yakubu A, Ncube B, Baggaley R. Tetanus disease and deaths in men reveal need for vaccination. Bull World Health Organ. 2016;94(8):613–21 (https://www.who.int/bulletin/volumes/94/8/15-166777.pdf, consulté le 11 juillet 2021).
50. Comité permanent interorganisations. Le guide des genres pour les actions humanitaires. New York. ONU-Femmes, 2018 (https://www.gihahandbook.org/#fr/Section-Home, consulté le 11 juillet 2021).
51. Guidelines for integrating gender-based violence interventions in humanitarian action. Reducing risk, promoting

resilience and aiding recovery. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2015 (hhttps://interagencystandingcommittee.org/working-group/documents-public/iasc-guidelines-integrating-gender-based-violence-interventions, consulté le 11 juillet 2021)..

52. Gomes MF, de la Fuente-Núñez V, Saxena A, Kuesel AC. Protected to death: systematic exclusion of pregnant women from Ebola virus disease trials. Reprod Health. 2017; 14:172 (https://doi.org/10.1186/s12978-017-0430-2, consulté le 11 juillet 2021).
53. Pregnancy research ethics for vaccines, epidemics, and new technologies (PREVENT) [website]. PREVENT Working Group; 2021 (http://vax.pregnancyethics.org/, consulté le 11 juillet 2021).
54. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. BMC. 2016; 1:2 (https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6, consulté le 11 juillet 2021).

ANNEXES

Annexe 1 :
Grille d'analyse des questions de genre

Adaptée de la grille d'analyse des questions de genre de l'OMS figurant dans le document ***«Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Participant's notes (2011)»***

Facteurs influençant les résultats sanitaires : ***éléments liés à la santé***	Facteurs influençant les résultats sanitaires : ***éléments liés au genre***		
	Facteurs biologiques	Facteurs socioculturels	Accès aux ressources et contrôle des ressources
Facteurs de risque et vulnérabilité			
Accès et fréquentation des services de santé			
Comportement de recours aux soins			
Options thérapeutique			
Expérience des établissements de santé			
Résultats et conséquences sur le plan sanitaire et social			

Annexe 2 :

Ressources et outils pour des programmes adaptés aux spécificités de genre

- ***Immunization and gender: a practical guide to integrate a gender lens into immunization programmes*** **(Bureau régional de l'Asie du Sud de l'UNICEF [ROSA] 2019)** https://www.unicef.org/rosa/media/12346/file
- ***Gender-responsive communication for development: guidance, tools and resources*** **(UNICEF ROSA 2018)** https://www.unicef.org/rosa/reports/gender-responsive-communication-development-0
- ***Gender toolkit: integrating gender in programming for every child in South Asia*** **(UNICEF ROSA 2018)** https://www.unicef.org/rosa/sites/unicef.org.rosa/files/2018-12/Gender%2520Toolkit%2520Integrating%2520Gender%2520in%2520Programming%2520for%2520Every%2520Child%2520UNICEF%2520South%2520Asia%25202018.pdf
- ***Boîte à outils pour l'analyse de genre dans les systèmes de santé*** **(Jhpiego 2016)** https://gender.jhpiego.org/docs/Jhpiego-Gender-Analysis-Toolkit-for-Health-Systems-french.pdf
- **GPEI (2019) Gender Equality Strategy 2019-2023** https://polioeradication.org/gender-and-polio/ (polioeradication.org)
- **GPEI (2018) Technical Brief: Gender** https://polioeradication.org/gender-and-polio/ (polioeradication.org)
- **Grille d'analyse des questions de genre et questions pour l'analyse de genre de l'OMS figurant dans le document *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Participant's notes* (OMS 2011)** https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501064_eng.pdf?sequence=2
- ***Tools for assessing gender in health policies and programs*** **(Futures Group, Health Policy Project 2014)** https://www.healthpolicyproject.com/pubs/121_ToolsforAssessingGenderinHealthPolicFINAL.pdf
- ***Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Facilitators' guide.*** **(OMS 2011)** https://apps.who.int/iris/handle/10665/44516
- **Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Participant's notes (WHO 2011)** https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501064_eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- ***Engendering transformational change: Save the Children gender equality program guidance & toolkit*** **(Save the Children 2014)** https://resourcecentre.savethechildren.net/node/8503/pdf/gender_equality_program_toolkit_2014.pdf
- ***Gender checklis: health*** **(Banque asiatique de développement 2006)** https://www.adb.org/sites/default/files/publication/28727/health.pdf
- ***Le guide des genres pour les actions humanitaires*** **(CPI 2018)** https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_le_guide_des_genres_pour_les_actions_humanitaires.pdf
- ***IASC guidelines for integrating gender-based violence interventions in humanitarian action*** **(2015)** https://interagencystandingcommittee.org/working-group/documents-public/iasc-guidelines-integrating-gender-based-violence-interventions
- ***Approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s'assurer qu'ils ne laissent personne de côté – Guide technique*** **(OMS 2016)** https://apps.who.int/iris/handle/10665/330558
- ***Rédaction inclusive – Promotion de l'égalité des sexes par le biais du langage*** **(ONU-Femmes, non daté)** https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/gender-inclusive%20language/guidelines-on-gender-inclusive-language-fr.pdf?la=en&vs=2634
- ***Gender mainstreaming made easy: a handbook for programme staff*** **(PNUD 2013)** https://www.undp.org/content/dam/somalia/docs/Project_Documents/Womens_Empowerment/Gender%20Mainstreaming%20Made%20Easy_Handbook%20for%20Programme%20Staff1.pdf
- ***A gender lens to advance equity for immunization*** **(Equity Reference Group 2018)** https://drive.google.com/file/d/1fVPq1n-7uWimThlO7vusGkzObntM046s/view
- ***Five actions for gender equality in the coronavirus disease (COVID-19) response*** **(UNICEF, non daté)** https://www.unicef.org/documents/five-actions-gender-equality-coronavirus-disease-covid-19-response-technical-note

Annexe 3 :

Indicateurs permettant de repérer les obstacles liés au genre dans l'accès à la vaccination

Souvent, l'évaluation des obstacles liés au genre dans l'accès à la vaccination n'est pas systématiquement intégrée à l'évaluation de la couverture et de l'équité dans les pays. C'est pourquoi des travaux sont en cours afin d'identifier de possibles indicateurs utiles et applicables, au moins pour un premier recensement des obstacles liés au genre. Il s'agit en grande partie d'indicateurs indirects qui rendent compte de dimensions importantes du genre mises en avant dans le présent rapport (par exemple, indicateurs liés à la prise de décisions au sein des ménages, aux obstacles géographiques ou temporels). Beaucoup d'entre eux devraient déjà être disponibles, notamment grâce aux enquêtes réalisées auprès des ménages et des établissements. Des travaux supplémentaires seront nécessaires afin d'identifier des indicateurs utiles pour suivre les performances des programmes quant à la réduction des obstacles liés au genre. En outre, ces indicateurs doivent être considérés comme complémentaires aux évaluations approfondies spécifiques au contexte (et vraisemblablement qualitatives ou fondées sur plusieurs méthodes) réalisées au niveau infranational pour mieux comprendre les causes sous-jacentes et connexes de tous les obstacles recensés, et pour trouver des solutions possibles en collaboration avec les parties prenantes et les décideurs locaux.

Les tableaux suivants présentent des indicateurs susceptibles de faciliter l'identification des principaux obstacles liés au genre dans l'accès à la vaccination dans un contexte précis.

Tableau 1.1 Dans quelle mesure les mères ont-elles la possibilité de prendre des décisions sur les questions liées à la santé au sein de la famille ?

N°	Indicateur	Source de données possible	Questions figurant dans la source des données	Référence de la source
1.1.1	Qui prend généralement les décisions relatives aux soins de santé vous concernant : vous, votre (mari/partenaire), vous et votre (mari/partenaire) ensemble, ou quelqu'un d'autre ?	EDS/enquêtes auprès des menagem	Qui prend généralement les décisions relatives aux soins de santé vous concernant : vous, votre (mari/partenaire), vous et votre (mari/partenaire) ensemble, ou quelqu'un d'autre ?	DHSWQ – Section 9:922
1.1.2	Âge des femmes (et des filles lorsqu'elles ont moins de 18 ans) lors du premier mariage	EDS/enquêtes auprès des ménages	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez emménagé avec votre (mari/partenaire) actuel ?	DHSWQ – Section 7:714–720
1.1.3	Actuellement, vous (femme) ou votre partenaire employez-vous une méthode ou faites-vous quelque chose pour retarder ou éviter une grossesse ?	EDS/enquêtes auprès des ménages	Actuellement, vous ou votre partenaire employez-vous une méthode ou faites-vous quelque chose pour retarder ou éviter une grossesse ? Avez-vous déjà utilisé quelque chose pour retarder ou éviter une grossesse ou essayé d'une manière ou d'une autre de retarder ou d'éviter une grossesse ? Lors de vote dernier rapport sexuel, vous ou votre partenaire avez-vous employé une méthode ou fait quelque chose pour retarder ou éviter une grossesse? Qui décide généralement si vous devez ou non utiliser un moyen de contraception : vous, votre (mari/partenaire), vous et votre (mari/partenaire) ensemble, ou quelqu'un d'autre ?	DHSWQ – Section 3:303, 320 ; Section 7:725 ; Section 8:818

Indicateurs supplémentaires si les données sont disponibles				
1.1.4	% de femmes déclarant avoir besoin de l'autorisation de leur mari ou d'un autre membre de leur famille pour emmener un enfant sur un lieu de vaccination	Données programmatiques	s. o.	
1.1.5	% de pères déclarant avoir accompagné la mère qui emmenait l'enfant dans un centre de vaccination ou avoir eux-mêmes emmené leur enfant	Données programmatiques, sites sentinelles		
1.1.6	% de mères ayant besoin d'une autorisation pour se rendre/emmener leur enfant dans un centre de vaccination	EDS/Données programmatiques	De nombreux facteurs différents peuvent empêcher les femmes d'avoir accès à des avis ou à des traitements médicaux pour elles-mêmes. Lorsque vous êtes malade et que vous souhaitez un avis médical ou un traitement, chacun des facteurs suivants constitue-t-il un gros problème ou non : Obtenir l'autorisation d'aller voir le médecin ? Obtenir l'argent nécessaire pour l'avis médical ou le traitement? La distance avec l'établissement de santé ? La réticence à s'y rendre seule? Qui prend généralement les décisions relatives aux visites à votre famille ou à vos proches ?	DHSWQ – Section 11:1113; Section 9:924
1.1.7	% de femmes déclarant qu'il est difficile d'avoir accès aux services de vaccination pour elles-mêmes ou pour leur enfant, car elles ne peuvent pas se rende seules au centre de vaccination	Données programmatiques		
1.1.8	Nombre d'initiatives suscitant la demande et ciblant les hommes qui mettent l'accent sur les problématiques et les droits des femmes en matière de santé, sur la violence faite aux femmes et sur l'importance du partage de responsabilités en matière de soins	Données programma-tiques/question-naire des EDS destiné aux hommes	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous : a) entendu parler de la planification familiale à la radio ? b) vu quelque chose concernant la planification familiale à la télévision ? c) lu un article sur la planification familiale dans un journal ou un magazine ? d) reçu un message vocal ou un SMS relatif à la planification familiale sur votre téléphone mobile ? e) vu une publication sur la planification familiale sur des réseaux sociaux tels que Facebook, Twitter ou Instagram ? f) lu des informations sur la planification familiale sur une affiche ou une brochure ? g) lu des informations sur la planification familiale sur un panneau d'affichage extérieur ? h) entendu parler de la planification familiale lors de réunions ou d'événements	DHSMQ – Section 3:302
1.1.9	Nombre d'initiatives suscitant la demande pour les programmes nationaux de vaccination et ciblant les pères et les hommes qui mettent l'accent sur les responsabilités du père en matière de vaccination des enfants	Données programmatiques		

Tableau 1.2 Dans quelle mesure les multiples rôles des femmes au sein de la famille (par exemple, travail reproductif et productif) ainsi que des facteurs géographiques ou d'autres obstacles à l'accès influencent-ils leur capacité à avoir recours aux soins pour elles-mêmes et leurs enfants ?

N°	Indicateur	Source de données possible	Questions figurant dans la source des données	Source reference
1.2.1	% d'enfants dont la vaccination est à jour en fonction de la situation professionnelle des femmes/des mères	DS/enquêtes auprès des ménages	Quelle est votre activité professionnelle ? C'est-à-dire quel type de travail effectuez-vous principalement ? Êtes-vous rémunérée en espèces ou en nature pour ce travail, ou n'êtes-vous pas du tout rémunérée ? En dehors du travail domestique, avez-vous effectué un autre travail au cours des sept derniers jours ? Comme vous le savez, certaines femmes occupent des emplois pour lesquels elles sont rémunérées en espèces ou en nature. D'autres vendent des produits, dirigent une petite entreprise ou travaillent sur l'exploitation familiale ou dans l'entreprise familiale. Au cours des sept derniers jours, avez-vous effectué ce type de travail ou tout autre travail ?	DHSWQ – Section 9:909, 910, 913, 916
1.2.2	% de mères n'ayant pas fait vacciner leur enfant, car l'horaire proposé était inadapté	SPA ANCCEI/enquêtes auprès des ménages	Combien de temps avez-vous attendu entre le moment où vous êtes arrivée dans l'établissement et le moment où vous avez vu un professionnel de santé pour la consultation ?	PA-ANCCEI – Section 2:201
1.2.3	% de femmes employées, par profession/disposant d'une source de revenus ou d'espèces	EDS/enquêtes auprès des ménages	Quelle est votre activité professionnelle ? C'est-à-dire quel type de travail effectuez-vous principalement ? Êtes-vous rémunérée en espèces ou en nature pour ce travail, ou n'êtes-vous pas du tout rémunérée ? En dehors du travail domestique, avez-vous effectué un autre travail au cours des sept derniers jours ? Comme vous le savez, certaines femmes occupent des emplois pour lesquels elles sont rémunérées en espèces ou en nature. D'autres vendent des produits, dirigent une petite entreprise ou travaillent sur la ferme ou dans l'entreprise familiale. Au cours des sept derniers jours, avez-vous effectué ce type de travail ou tout autre travail ?	DHSWQ – Section 9:909, 910, 913, 916
1.2.4	% de mères n'ayant pas fait vacciner leur enfant, car l'établissement était trop éloigné	EDS/enquêtes auprès des ménages	Combien de temps vous faut-il (en minutes) pour aller de chez vous à l'établissement de santé le plus proche ? Il peut s'agir d'un hôpital, d'un dispensaire, d'un médecin ou d'un poste de santé. Comment vous rendez-vous de chez vous à l'établissement de santé ? De nombreux facteurs différents peuvent	DHSWQ – Section 11:1101, 1102, 1113

			empêcher les femmes d'avoir accès à des avis ou à des traitements médicaux pour elles-mêmes. Lorsque vous êtes malade et que vous souhaitez un avis médical ou un traitement, chacun des facteurs suivants constitue-t-il un gros problème ou non : La distance avec l'établissement de santé ? Obtenir l'argent nécessaire pour l'avis médical ou le traitement ? Obtenir l'autorisation d'aller voir le médecin ? La réticence à s'y rendre seule ?	
Indicateurs supplémentaires si les données sont disponibles				
1.2.5	% total de filles âgées de 9 à 13 ans ayant reçu un vaccin anti-PVH	Données administratives	Dans votre poste actuel, et dans le cadre de votre travail au sein de cet établissement, fournissez-vous des services conçus pour être ***adaptés aux jeunes ou aux adolescents***, c'est-à-dire conçus dans le but spécifique d'encourager les jeunes ou les adolescents à y avoir recours ? Avez-vous bénéficié ***d'une formation en cours d'emploi, d' une remise à niveau ou d'un perfectionnement*** sur des sujets propres aux services adaptés aux jeunes ou aux adolescents ?	SPA-HWI – Section 2:202, 203
1.2.6	% de femmes déclarant qu'il est difficile d'accéder aux services de vaccination car ils sont trop coûteux			
1.2.7	% d'hommes déclarant qu'il est difficile d'accéder aux services de vaccination car ils sont trop coûteux			

Tableau 1.3 Dans quelle mesure les connaissances sanitaires et l'alphabétisation des femmes influencent-elles leur compréhension de la vaccination, leur motivation pour faire vacciner leurs enfants et leur capacité à s'orienter dans le système de santé ?

N°	Indicateur	Source de données possible	Questions figurant dans la source des données	Référence de la source
1.3.1	% d'enfants n'ayant pas reçu le DTC1 (« zéro dose ») en fonction du niveau d'éducation de la mère	EDS/enquêtes auprès des ménage	vez-vous déjà été scolarisée ? Quel est le niveau le plus élevé auquel vous avez été scolarisée : primaire, secondaire ou enseignement supérieur ?	DHSWQ – Section 1:113, 114
1.3.2	% d'enfants ayant reçu le DTC3 en fonction du niveau d'éducation de la mère	EDS/enquêtes auprès des ménages	Avez-vous déjà été scolarisée ? Quel est le niveau le plus élevé auquel vous avez été scolarisée : primaire, secondaire ou enseignement supérieur ?	DHSWQ – Section 1:113, 114
1.3.3	% de femmes exposées chaque semaine aux médias de masse (télévision, radio, etc.)	EDS/enquêtes auprès des ménages	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ? Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ? Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ? Possédez-vous un téléphone mobile ? S'agit-il d'un smartphone ? Au cours du mois écoulé, à quelle fréquence avez-vous navigué sur Internet : presque tous les jours, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ? Au cours des 12 derniers mois, avez-vous : Lu des informations sur la planification familiale sur un panneau d'affichage extérieur ? Lu un article sur la planification familiale dans un journal ou un magazine ? Vu quelque chose concernant la planification familiale à la télévision ? Entendu parler de la planification familiale à la radio ? Reçu un message vocal ou un SMS relatif à la planification familiale sur votre téléphone mobile ? Vu une publication sur la planification familiale sur des réseaux sociaux tels que Facebook, Twitter ou Instagram ? Lu des informations sur la planification familiale sur une affiche ou une brochure ? Entendu parler de la planification familiale lors de réunions ou d'événements communautaires ?	HSWQ – Section 1:119–123, 129 ; Section 8:815
1.3.4	% d'aidants disposant de connaissances sur les vaccins et le calendrier recommandé, en fonction du sexe de l'aidant	EDS/enquêtes auprès des ménages	Disposez-vous d'un carnet ou d'un autre document où sont consignées les vaccinations de (NOM) ?	DHSWQ – Section 5:504
1.3.5	% d'enfants ayant reçu le DTC3 en fonction du sexe	EDS/enquêtes auprès des ménages	Disposez-vous d'un carnet ou d'un autre document où sont consignées les vaccinations de (NOM) ?	DHSWQ – Section 5:504
1.3.6	% d'enfants n'ayant pas reçu le DTC1 en fonction du sexe	EDS/enquêtes auprès des ménages	Disposez-vous d'un carnet ou d'un autre document où sont consignées les vaccinations de (NOM) ?	DHSWQ – Section 5:504

Indicateurs supplémentaires si les données sont disponibles				
1.3.7	% d'aidants qui estiment que les vaccins sont sûrs et efficaces, en fonction du sexe de l'aidant		s. o.	
1.3.8	% de femmes qui savent où aller pour faire vacciner leur enfant			

Tableau 1.4 Dans quelle mesure la qualité du service (notamment l'attitude des professionnels de santé, les horaires de service inadaptés ou l'absence de personnel féminin) décourage-t-elle les femmes de se rendre dans les établissements de santé ou d'accéder aux soins ?

N°	Indicateur	Source de données possible	Questions figurant dans la source des données	Référence de la source
1.4.1	% de personnel de vaccination masculin, % de personnel de vaccination féminin	Questionnaire d'inventaire de l'enquête SPA/données administratives (non ventilées dans l'enquête SPA)	Dans chacune des ***catégories professionnelles*** suivantes, dites-moi combien de membres du personnel sont actuellement ***rattachés à cet établissement, employés par celui-ci*** ou détachés auprès celui-ci, à temps partiel ou à temps plein.	SPA-IQ – Section 4:400
1.4.2	% de points de prestation de services proposant des services intégrés (c.-à-d. planification familiale, soins post-partum, services dédiés au VIH/sida, etc.)	Questionnaire d'inventaire de l'enquête SPA/données administratives	Cet établissement propose-t-il l'un des services suivants aux usagers? (voir les questionnaires de l'enquête SPA – Programme DHS pour obtenir une liste d'interventions) En d'autres termes, les usagers peuvent-ils recevoir l'un des services suivants quelque part au sein de cet établissement:	SPA-IQ – Section 1:102
1.4.3	% d'aidants satisfaits par la qualité des services reçus	ANCCEI de l'enquête SPA/évaluations de la qualité des	De manière générale, parmi les affirmations ci-dessous, laquelle décrit le mieux votre opinion des services dont vous avez bénéficié ou qui vous ont été fournis au sein de l'établissement aujourd'hui? 1. Je suis très satisfait des services dont j'ai bénéficié au sein de l'établissement 2. Je suis plus au moins satisfait 3. Je ne suis pas satisfait des services dont j'ai bénéficié	SPA-ANCCEI – Section 2:202, 208, 209
1.4.4	% de mères qui n'ont pas fait vacciner leur enfant en raison de longs délais d'attente	SPA ANCCEI/enquêtes auprès des ménages	Combien de temps avez-vous attendu entre le moment où vous êtes arrivée dans l'établissement et le moment où vous avez vu un professionnel de santé pour la consultation?	SPA-ANCCEI – Section 2:201
Indicateurs supplémentaires si les données sont disponibles				
1.4.5	Nombre d'établissements de santé dont les protocoles et les pratiques sont attentifs aux questions de genre et renforcent les droits des femmes (par exemple, respect de la vie privée, confidentialité, harcèlement sexuel)	HWI de l'enquête SPA/-Données programmatiques	Avez-vous bénéficié ***d'une formation en cours d'emploi, d'une remise à niveau ou d'un perfectionnement*** sur des sujets liés aux soins prénatals ou postnatals?	SPA-HWI – Section 5:501
1.4.6	Nombre d'établissements qui mettent en œuvre des protocoles permettant de prendre en charge les violences physiques et sexuelles fondées sur le genre	Données administratives (non disponibles dans l'enquête SPA)	s. o.	
1.4.7	Proportion d'agents de vaccination qui ne sont pas des femmes	Données administratives	s. o.	

1.4.8	Proportion d'agents de santé communautaires de sexe féminin	Données administratives	s. o.	
1.4.9	Proportion de responsables d'établissements de santé féminins	Données administratives	s. o.	
1.4.10	Proportion d'agents de santé de district féminins	Données administratives	s. o.	
1.4.11	% de cliniques/districts qui rémunèrent leurs agents de santé communautaires dans les temps	Données administratives		
1.4.12	% d'agentes de santé ayant signalé avoir été victimes de harcèlement sur leur lieu de travail	Données administratives		
1.4.13	% d'agentes de santé qui estiment que leur clinique dispose de services suffisants (par exemple, installations WASH, hébergement)	Données administratives		

Tableau 1.5 Quel rôle la communauté joue-t-elle dans la création d'un environnement favorisant la demande et la fréquentation des services de vaccination, à travers un soutien à la vaccination au sein de la communauté ou grâce à une coordination avec l'établissement de santé afin que les services soient plus accessibles (par exemple, horaires/lieux adaptés ou en association avec d'autres services quotidiens) ?

Indicateurs supplémentaires si les données sont disponibles				
1.5.1	Nombre de séances de sensibilisation par an auprès de groupes de femmes	Données programmatiques	s. o.	
1.5.2	Nombre de séances de sensibilisation par an auprès de groupes d'hommes	Données programmatiques	s. o.	

Acronymes	
DHSWQ	Questionnaire destiné aux femmes des enquêtes démographiques et de santé (EDS)
DHSMQ	Questionnaire destiné aux hommes des EDS
SPA-ANCCEI	Entretien de sortie des usagers des soins anténatals dans l'évaluation de la prestation de services (SPA)
SPA-HWI	Entretien des agents de santé de l'enquête SPA
SPA-IQ	Questionnaire d'inventaire de l'enquête SPA

Unité PEV
Département Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB)

Division de la Couverture sanitaire universelle et parcours de vie

Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia, 20
1121 Genève 27
Suisse

9789240044364
9 789240 044364